



# Solicitud de cobertura de seguro de salud y ayuda para pagar los costos

## Utilice esta solicitud para saber para qué cobertura califica

- Planes de seguro médico privado asequibles que ofrecen una cobertura completa para ayudarlo a mantenerse bien.
- Un nuevo crédito tributario que puede ayudar inmediatamente a pagar la prima de la cobertura de seguro de salud.
- Seguro gratuito o de bajo costo de **Asistencia Médica**.

**Puede solicitar un programa gratuito o de bajo costo aunque gane hasta \$94,000 al año (para una familia de 4 miembros).**

## ¿Quién puede utilizar esta solicitud?

- Utilice esta solicitud para presentar una solicitud para cualquier miembro de su familia.
- Envíe su solicitud aunque usted o su hijo ya tengan cobertura de seguro de salud. Podría ser elegible para una cobertura de bajo costo o gratuita.
- Si es soltero, puede utilizar un formulario abreviado. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- Las familias que incluyen inmigrantes también pueden presentar una solicitud. Puede solicitar cobertura para su hijo aunque usted no sea elegible. La solicitud no afectará su estado de inmigrante ni sus posibilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien lo ayuda a completar esta solicitud, es posible que tenga que completar el Anexo C.
- La Asistencia Médica de Pathways es un programa que proporciona cobertura de Medicaid gratuita o a costo reducido a personas de 19 a 64 años de edad, que tengan ingresos familiares de hasta el 100 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL, en inglés), que no sean elegibles de otra manera para Medicaid y que cumplan con los requisitos de elegibilidad. Si desea que se lo tenga en cuenta para Pathways, debe completar esta solicitud y el Anexo D.

## Envíe su solicitud más rápido por Internet

Envíe la solicitud más rápido en línea en [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov).

## Qué puede necesitar para solicitarlo

- Números del Seguro Social (o números de documento de cualquier inmigrante que cumpla los requisitos y necesite seguro)
- Información sobre el empleador y los ingresos de todos los miembros de la familia (por ejemplo, recibos de sueldo, 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 disponible para su familia.

## ¿Por qué pedimos esta información?

Le preguntamos por sus ingresos y otros datos para que sepa para qué cobertura califica y si puede obtener ayuda para pagarla. **Mantendremos la privacidad y seguridad de toda la información que nos proporcione, tal y como lo exige la ley.**

## ¿Qué sucede luego?

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección que figura en la página 8. **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. Recibirá instrucciones sobre los próximos pasos para completar su cobertura de seguro de salud. Si no recibe noticias nuestras, visite [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llame al **1-877-423-4746**. Completar esta solicitud no significa que tenga que contratar una cobertura de seguro de salud.

## Obtenga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov)
- **Por teléfono:** Llame a nuestro centro de ayuda al **1-877-423-4746**.
- **En persona:** Es posible que en su zona haya asesores que puedan ayudarlo. Visite nuestro sitio web o llame al **1-877-423-4746** para obtener más información.
- **En español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-877-423-4746**.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-877-423-4746** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le ofreceremos ayuda de forma gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

Formulario 94a (Rev. 7/2023)

## PASO 1 Cuéntenos sobre usted.

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

1. Nombre , segundo nombre, apellido y sufijo			
2. Domicilio (Deje en blanco si no tiene).			3. Departamento o número de suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal	7. Condado
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección particular)			9. Departamento o número de suite
10. Ciudad	11. Estado	12. Código postal	13. Condado
14. Número deteléfono ( ) -		15. Otros números de teléfono ( ) -	
16. ¿Desea obtener información sobre esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección de correo electrónico: _____			
17. ¿Cuál es su lengua hablada o escrita preferida (si no es el inglés)? _____			
a. ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			

\*Tiene la opción de elegir cómo desea recibir notificaciones sobre su información. Si opta por recibir notificaciones por correo electrónico o mensaje de texto, recibirá un mensaje avisándole que tiene una notificación en *My Notices* ("Mis notificaciones"), que se encuentra en el portal del cliente de GA Gateway. Para que le enviemos la comunicación por correo electrónico, debe proporcionarnos su dirección de correo electrónico y aceptar los términos y condiciones para las notificaciones sin papel que se encuentran en el portal del cliente de GA Gateway después de crear una cuenta. Visite el Portal del cliente de GA Gateway en [www.gateway.ga.gov](http://www.gateway.ga.gov) para actualizar su configuración de notificaciones. Para recibir la comunicación por mensaje de texto, debe facilitarnos su número de teléfono. Pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes y datos. Esto puede variar según la compañía; consulte con su proveedor.

## PASO 2 Cuéntenos sobre su familia.

### ¿A quién debe incluir en esta solicitud?

Cuéntenos acerca de todos los miembros de la familia que viven con usted. Si declara impuestos, necesitamos conocer a todas las personas que figuran en su declaración. (No es necesario declarar impuestos para obtener cobertura de seguro de salud).

#### Incluya:

- Usted mismo
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años que vivan con usted (incluidos los hijastros)
- Su pareja de hecho que necesita cobertura de seguro de salud si comparten hijos y al menos uno de ellos solicita cobertura
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, aunque no viva con usted

#### NO debe incluir:

- Su pareja de hecho que no necesita cobertura de seguro de salud si no tienen hijos en común
- Los hijos de su pareja de hecho
- Sus padres que viven con usted, pero presentan su propia declaración de impuestos (si tiene más de 21 años)
- Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos

El montode la asistencia o el tipo de programa al que califica depende del número de personas de su familia y de sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos de que todos reciben la mejor cobertura posible .

**Complete el Paso 2 para cada persona en la familia.** Empiece por usted mismo, luego añada a otros adultos y niños. Si hay más de 2 personas en su familia, tendrá que hacer una copia de las páginas y adjuntarlas. No es necesario que facilite el estado de inmigrante ni el número del Seguro Social (SSN) de los familiares que no necesiten cobertura de seguro de salud. Mantendremos la privacidad y seguridad de toda la información que nos proporcione, tal y como lo exige la ley. Solo utilizaremos sus datos personales para comprobar si reúne los requisitos para recibir cobertura de seguro de salud.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-877-423-4746** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le ofreceremos ayuda de forma gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## PASO 2: PERSONA 1

## (Empiece por usted mismo)

Complete el paso 2 para usted, su cónyuge/pareja e hijos que vivan con usted o cualquier persona que figure en su misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si no presenta la declaración de impuestos, recuerde que de todas maneras debe añadir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo	2. ¿Relación con usted? <b>USTED</b>
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

5. Número de Seguro Social (SSN) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Necesitamos esta información si desea obtener la cobertura de seguro de salud y tiene un SSN.** Facilitar su SSN también puede ser útil si no desea obtener la cobertura de seguro de salud, ya que puede acelerar el proceso de solicitud. Utilizamos los SSN para comprobar los ingresos y otra información para ver quién reúne los requisitos para recibir ayuda con los costos de la cobertura de seguro de salud. Si alguien desea ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-255-0135.

### 6. ¿Tiene previsto presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?

(Puede solicitar un seguro médico aunque no presente la declaración de impuestos federales).

**SÍ.** En caso afirmativo, responda a las preguntas a-c.  **NO.** En caso negativo, pase a la pregunta c.

a. ¿Va a presentar una declaración conjunta con su cónyuge?  Sí  No

**En caso afirmativo, indique el nombre del cónyuge:** \_\_\_\_\_

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

**En caso afirmativo, indique el nombre de los dependientes:** \_\_\_\_\_

c. ¿Lo declararán como dependiente en la declaración de impuestos de alguien?  Sí  No

**En caso afirmativo, indique el nombre del declarante:** \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con el declarante? \_\_\_\_\_

7. ¿Está embarazada?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha estimada de parto? / / ; y ¿cuántos bebés se esperan? \_\_\_\_\_

En caso negativo, ¿ha dado a luz o ha interrumpido un embarazo en los últimos 12 meses?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha del parto/de la interrupción del embarazo? / / ; y ¿cuántos bebés dio a luz/esperaba? \_\_\_\_\_

### 8. ¿Necesita cobertura de seguro de salud?

(Incluso si tiene seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o menor costo).

**SÍ.** En caso afirmativo, responda todas las preguntas siguientes.   **NO.** En caso negativo, SALTE a las preguntas sobre ingresos en la página 3. Deje el resto de esta página en blanco. 

9. ¿Padece alguna enfermedad física, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (como bañarse, vestirse, tareas cotidianas, etc.) o vive en un centro médico o residencia de ancianos?  Sí  No

10. ¿Es usted ciudadano o nacional de Estados Unidos?  Sí  No

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

En caso afirmativo, indique su número de extranjero y su número de certificado. Número de extranjero \_\_\_\_\_

Número de certificado \_\_\_\_\_

12. Si no es **ciudadano o nacional de EE. UU.**, ¿tiene un estado de inmigrante elegible?

Sí. Introduzca a continuación su tipo de documento de inmigración y su número de extranjero/certificado.

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

b. Número de extranjero/certificado \_\_\_\_\_

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

d. ¿Es usted, su cónyuge o uno de sus padres veterano o un ejército estadounidense?  Sí  No

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

14. ¿Vive con al menos un niño menor de 19 años y es usted la persona principal que se ocupa de dicho niño?  Sí  No

15. ¿Es estudiante a tiempo completo?  Sí  No

16. ¿Estuvo en el sistema de acogida a los 18 años o después?  Sí  No

### 17. Si es hispano/latino, etnia (OPCIONAL - Marque todas las que correspondan).

Mexican  Mexicano-estadounidense  Chicano  Puertorriqueño  Cuban  Otro \_\_\_\_\_

### 18. Raza (OPCIONAL - Marque todas las que correspondan).

Blanco  
 Negro o afroamericano

Indio americano o nativo de Alaska  
 Asiático  
 Indio Chino

Filipino  
 Japonés  
 Coreano

Vietnamita  
 Otro asiático  
 Nativo de Hawái

Guamanés o Chamorro  
 Samoano  
 Otros isleños del Pacífico  
 Otra \_\_\_\_\_



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-877-423-4746** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le ofreceremos ayuda de forma gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## PASO 2: PERSONA 1 (Continúe con usted mismo)

### Información sobre empleo e ingresos actuales

**Empleado**

Si actualmente está empleado, indique cuáles son sus ingresos. Empiece por la pregunta 19.

**No empleado**

Salte a la pregunta 29.

**Trabajo por cuenta propia**

Salte a la pregunta 28

#### TRABAJO ACTUAL 1:

19. Nombre y dirección del empleador

20. Número de teléfono del empleador  
( ) -

21. Salarios/propinas (antes de impuestos)

Por hora  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual

\$ \_\_\_\_\_

22. Promedio de horas trabajadas por SEMANA

#### TRABAJO ACTUAL 2: (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja).

23. Nombre y dirección del empleador

24. Número de teléfono del empleador  
( ) -

25. Salarios/propinas (antes de impuestos)

Por hora  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual

\$ \_\_\_\_\_

26. Promedio de horas trabajadas por SEMANA

27. **En el último año, usted:**  Cambió de trabajo  Dejó de trabajar  Comenzó a trabajar menos horas  Comenzó a trabajar más horas  
 Ninguna de las anteriores

28. **Si trabaja por cuenta propia, responda a las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuántos ingresos netos (beneficios una vez pagados los gastos de la empresa) obtendrá de este trabajo por cuenta propia este mes?

\$ \_\_\_\_\_

29. **OTROS INGRESOS:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con que lo recibe.

**AVISO:** No es necesario que nos informe sobre la manutención de los hijos, el pago a veteranos o la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Ninguno

Desempleo \$ ¿Con qué frecuencia?  Agricultura/pesca neta \$ ¿Con qué frecuencia?

Pensiones \$ ¿Con qué frecuencia?  Alquiler/Regalía neta \$ ¿Con qué frecuencia?

Seguro Social \$ ¿Con qué frecuencia?  Otros ingresos \$ ¿Con qué frecuencia?

Cuentas de jubilación \$ ¿Con qué frecuencia?

Tipo: \_\_\_\_\_

Pensión alimenticia recibida \$ ¿Con qué frecuencia? Fecha de finalización o última modificación del divorcio/separación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

30. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique el importe y la frecuencia con que lo paga.

Si paga determinados gastos que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, comunicarnos podría abaratar un poco el costo de la cobertura de seguro de salud.

**AVISO:** No debe incluir un costo que ya ha considerado en su respuesta al trabajo por cuenta propia neto (pregunta 28b).

Pensión alimenticia pagada \$ ¿Con qué frecuencia? Fecha de finalización o última modificación del divorcio/separación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Intereses de préstamos estudiantiles \$ ¿Con qué frecuencia?

Primas de seguro médico, 401K y otras deducciones antes de impuestos \$ Tipo: ¿Con qué frecuencia?

Otra deducción \$ Tipo: Con qué frecuencia

31. **INGRESOS ANUALES:** Complete solo si sus ingresos cambian de un mes a otro.

Si no espera cambios en sus ingresos mensuales, pase a la siguiente



Sus ingresos totales este año

\$

Sus ingresos totales del año siguiente (si cree que serán diferentes)

\$

**GRACIAS** Esto es todo lo que necesitamos saber de usted.





**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-877-423-4746** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le ofreceremos ayuda de forma gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## PASO 2: PERSONA 2

Complete el paso 2 para usted, su cónyuge/pareja e hijos que vivan con usted o cualquier persona que figure en su misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si no presenta la declaración de impuestos, recuerde que de todas maneras debe añadir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo		2. ¿Relación con usted?
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
5. Número de Seguro Social (SSN) _____ - _____ - _____ <b>Lo necesitamos si quiere cobertura de seguro de salud y tiene un SSN.</b>		
6. ¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso negativo, indique la dirección:</b> _____		
7. ¿La PERSONA 2 tiene previsto presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO? (Puede solicitar un seguro médico aunque no presente la declaración de impuestos federales). <input type="checkbox"/> <b>SÍ. En caso afirmativo</b> , responda a las preguntas a-c. <input type="checkbox"/> <b>NO. En caso negativo</b> pase a la pregunta c.		
a. ¿La PERSONA 2 presentará una declaración conjunta con un cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso afirmativo</b> , nombre del cónyuge: _____		
b. ¿La PERSONA 2 incluirá a algún dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso afirmativo</b> , indique el nombre de los dependientes: _____		
c. ¿La PERSONA 2 será declarada como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso afirmativo</b> , indique el nombre del declarante: _____ ¿Qué relación tiene la PERSONA 2 con el declarante? _____		
8. ¿La PERSONA 2 está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha prevista de parto / / ; y ¿cuántos bebés se esperan? _____ En caso negativo, ¿la PERSONA 2 ha dado a luz o ha interrumpido un embarazo en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha de parto/de la interrupción del embarazo de la PERSONA 2? / / ; y ¿cuántos bebés dio a luz/esperaba? _____		

9. ¿La PERSONA 2 necesita cobertura de seguro de salud?  
(Incluso si tiene seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos).  
 **SÍ. En caso afirmativo**, responda todas las preguntas siguientes.   **NO. En caso negativo**, SALTE a las preguntas sobre ingresos en la página 5. Deje el resto de esta página en blanco. 

10. ¿La PERSONA 2 tiene un problema de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (como bañarse, vestirse, tareas cotidianas, etc.) o vive en un centro médico o residencia de ancianos?  Sí  No

11. ¿La PERSONA 2 es un ciudadano o nacional de EE. UU.?  Sí  No

12. ¿Es usted **ciudadano** naturalizado o **derivado**? (*Esto suele significar que ha nacido fuera de EE. UU.*)  Sí  No  
En caso afirmativo, indique su número de extranjero y su número de certificado.  
Número de extranjero \_\_\_\_\_ Número de certificado \_\_\_\_\_

13. **Si la PERSONA 2 no es ciudadano o nacional de EE. UU.**, ¿tiene un estado de inmigrante elegible?  
 Sí. Complete a continuación el tipo de documento de inmigración y el número de extranjero/certificado.  
a. Tipo del documento de inmigración \_\_\_\_\_ b. Número de extranjero/certificado \_\_\_\_\_  
c. ¿La PERSONA 2 ha vivido en EE. UU. desde 1996?  Sí  No d. ¿La PERSONA 2, su cónyuge o uno de sus padres es veterano o un miembro activo del ejército estadounidense?  Sí  No

14. ¿La PERSONA 2 desea ayuda para pagarlas facturas médicas de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	15. ¿La PERSONA 2 vive con al menos un niño menor de 19 años, y es la persona principal que cuida de este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	16. ¿La PERSONA 2 estuvo en el sistema de acogida a los 18 años o después? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--	---

### Responda a las siguientes preguntas si la PERSONA 2 es menor de 19 años.

17. ¿La PERSONA 2 tenía seguro médico y lo perdió en los últimos 2 meses?  Sí  No  
a. **En caso afirmativo**, fecha de terminación: \_\_\_\_\_ b. Motivo por el que terminó el seguro: \_\_\_\_\_

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

19. **Si es hispano/latino, etnia (OPCIONAL - Marque todas las que correspondan).**  
 Mexicano  Mexicano estadounidense  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

20. **Raza (OPCIONAL - Marque todas las que correspondan).**

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guamanés o Chamorro
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático Indio	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro asiático	<input type="checkbox"/> Samoano
	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico
				<input type="checkbox"/> Otra _____



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-877-423-4746** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le ofreceremos ayuda de forma gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## PASO 2: PERSONA 2

### Información sobre empleo e ingresos actuales

**Empleado**

Si actualmente está empleado, indique cuáles son sus ingresos. Empiece por la pregunta 21.

**No empleado**

Salte a la pregunta 31.

**Trabajo por cuenta propia**

Salte a la pregunta 30.

#### TRABAJO ACTUAL 1:

21. Nombre y dirección del empleador	22. Número de teléfono del empleador ( ) -
23. Salarios/propinas (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input checked="" type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
\$ _____	
24. Promedio de horas trabajadas por SEMANA	

#### TRABAJO ACTUAL 2: (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja).

25. Nombre y dirección del empleador	26. Número de teléfono del empleador ( ) -
27. Salarios/propinas (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
\$ _____	
28. Promedio de horas trabajadas por SEMANA	

29. **En el último año, usted:**  Cambió de trabajo  Dejó de trabajar  Comenzó a trabajar menos horas  Comenzó a trabajar más horas  
 Ninguna de las anteriores

#### 30. Si trabaja por cuenta propia, responda a las siguientes preguntas:

b. Tipo de trabajo

b. ¿Cuántos ingresos netos (beneficios una vez pagados los gastos de la empresa) obtendrá de este trabajo por cuenta propia este mes?

\$ \_\_\_\_\_

31. **OTROS INGRESOS:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con que lo recibe.

**AVISO:** No es necesario que nos informe sobre la manutención de los hijos, el pago a veteranos o la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Ninguno					
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$	¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Agricultura/pesca neta	\$	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$	¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Alquiler/Regalía neta	\$	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$	¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación	\$	¿Con qué frecuencia?	Tipo: _____		
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	\$	¿Con qué frecuencia?	Fecha de finalización o última modificación del divorcio/separación: ___/___/___		

25. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique el importe y la frecuencia con que lo paga.

Si paga determinados gastos que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, comunicárnoslo podría abaratar un poco el costo de la cobertura de seguro de salud.

**AVISO:** No debe incluir un costo que ya ha considerado en su respuesta al trabajo por cuenta propia neto (pregunta 28b).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	\$	¿Con qué frecuencia?	Fecha de finalización o última modificación del divorcio/separación: ___/___/___		
<input type="checkbox"/> Intereses de préstamos estudiantiles	\$	¿Con qué frecuencia?			
<input type="checkbox"/> Primas de seguro médico, 401K y otras deducciones antes de impuestos	\$	Tipo:		¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/> Otra deducción	\$	Tipo:		Con qué frecuencia	

32. **INGRESOS ANUALES:** Complete solo si los ingresos de la PERSONA 2 cambian de un mes a otro.

Si no espera cambios en los ingresos mensuales de la PERSONA 2, añada a otra persona o pase a la siguiente sección.

Ingresos totales de la PERSONA 2 <b>este año</b>	Ingresos totales de la PERSONA 2 <b>del año</b> siguiente (si cree que serán diferentes)
\$ _____	\$ _____

**GRACIAS Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 2.**

Si tiene que incluir a más de dos personas, haga una copia del Paso 2: Persona 2 (páginas 4 y 5) y complete.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-877-423-4746** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le ofreceremos ayuda de forma gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## PASO 3

Miembro(s) de la familia que sea(n) indio(s) americano(s) o nativo(s) de Alaska (AI/AN)

### 1. ¿Es usted o algún miembro de su familia indio americano o nativo de Alaska?

- En caso **negativo**, salte al Paso 4.
- Sí. En caso afirmativo**, pase al Anexo B.

## PASO 4

Cobertura de seguro de salud de su familia

Responda a estas preguntas para cualquier persona que necesite cobertura de seguro de salud.

### 1. ¿Hay alguien inscrito actualmente en alguna de las siguientes coberturas de seguro de salud?

Marque la casilla "Sí" incluso si la cobertura procede del trabajo de otra persona, como por ejemplo uno de los padres o cónyuge.

- Sí. En caso afirmativo**, marque el tipo de cobertura y escriba el nombre de la (s) persona(s) junto a la cobertura que tiene(n).  **NO.**

Asistencia Médica \_\_\_\_\_

Medicare \_\_\_\_\_

TRICARE (No marque si tiene atención directa o Line of Duty)

Programas de asistencia sanitaria de Asuntos de Veteranos \_\_\_\_\_

Cuerpos de Paz \_\_\_\_\_

Seguro del empleador (Si marca esta casilla, complete las cuatro filas siguientes y el Anexo A.)

Nombre del seguro médico \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

¿Se trata de una cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés)?  Sí  No

¿Se trata de un plan de salud para jubilados?  Sí  No

Otros

Nombre del seguro médico \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

¿Se trata de un plan de beneficios limitados (como unapóliza de accidentes escolares)?

### 2. ¿A alguien que aparece en esta solicitud se le ofrece cobertura de seguro de salud por un trabajo? Marque "Sí" incluso si la cobertura procede del trabajo de otra persona, como uno de los padres o el cónyuge.

- Sí. En caso afirmativo**, deberá completar e incluir el Anexo A.
- NO. En caso negativo**, continúe al Paso 5.

### Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificación razonable y asistencia para la comunicación (si

Avísenos si, debido a una discapacidad, necesita alguna modificación razonable o asistencia para comunicarse. Las modificaciones razonables permiten que una persona con discapacidades tenga las mismas posibilidades de participar en todos los programas de asistencia pública para los que sea elegible.

### ¿Tiene alguna discapacidad que requiera una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

(En caso afirmativo, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita):

Intérprete de lengua de señas \_\_\_\_\_; TTY \_\_\_\_\_; letra grande \_\_\_\_\_; comunicación electrónica (correo electrónico) \_\_\_\_\_; braille \_\_\_\_\_; retransmisión de video \_\_\_\_\_; intérprete de palabra complementada \_\_\_\_\_; intérprete de lengua hablada \_\_\_\_\_; intérprete táctil \_\_\_\_\_; llamada telefónica para recordar los plazos del programa \_\_\_\_\_; firma telefónica (si corresponde) \_\_\_\_\_; entrevista cara a cara (visita a domicilio) \_\_\_\_\_; otra: \_\_\_\_\_

### ¿Necesita esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez \_\_\_\_\_ o de forma continua \_\_\_\_\_?

Si es posible, explique de forma breve cuándo y durante cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.

Para obtener más información y maneras adicionales de solicitar una modificación razonable o asistencia para la comunicación, consulte el Aviso de ADA/Sección 504 adjunto en la página 9.

### Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (PRA, en inglés)

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1191. El tiempo necesario para finalizar esta recopilación de información se estima en un promedio de [Insertar tiempo (horas o minutos)] por respuesta, inclusive el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y finalizar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-877-423-4746** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le ofreceremos ayuda de forma gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## PASO 5

### Lea y firme esta solicitud.

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio , lo que significa que he respondido con veracidad a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones en virtud de la legislación federal si proporciono información falsa o no veraz .
- Sé que debo comunicar cualquier cambio en el plazo de 10 días calendario a partir de la fecha en que se produzca el cambio. Puedo visitar [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llamar al **1-877-423-4746** para informar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar a la elegibilidad de los miembros de mi unidad familiar.
- Sé que, según la legislación federal, no está permitida la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar un reclamo por discriminación al llamar al coordinador de derechos civiles de la DFCS, ADA/Sección 504 al 1-877-423-4746.
- Confirmando que ninguna de las personas que solicitan el seguro médico en esta solicitud está encarcelada (detenida o presa). Si no es así, \_\_\_\_\_ está encarcelado. *(Una persona encarcelada podría seguir teniendo derecho a Medicaid).*

(Nombre de la persona)

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia (DHS, en inglés) recopila información de identificación personal (PII, en inglés), como nombres, direcciones, números de teléfono, direcciones de correo electrónico y fechas de nacimiento, etc., durante su solicitud de beneficios. Al enviarnos cualquier información personal, usted acepta que podemos recopilar, utilizar y divulgar dicha información personal de acuerdo con las políticas y procedimientos del DHS, y según lo permitido o requerido por la ley o las normativas.

Necesitamos esta información para comprobar si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar la cobertura de seguro de salud si decide solicitarla. Comprobaremos sus respuestas con la información de nuestras bases de datos electrónicas y las bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés), el Seguro Social , el Departamento de Trabajo (DOL, en inglés), TALX (número de trabajo), el Departamento de Seguridad Nacional o una agencia de informes de los consumidores. Si la información no coincide, podemos pedirle que nos envíe un comprobante.

#### Renovación de la cobertura en los próximos años

Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de seguro de salud en los próximos años, acepto que las Agencias de Seguro Médico, la DFCS y el Mercado de Seguros Médicos (FFM, en inglés) utilicen datos sobre mis ingresos, incluida la información procedente de las declaraciones de impuestos. Las Agencias de Seguro Médico , la DFCS y el FFM me enviarán un aviso, me permitirán hacer cambios y podré darme de baja en cualquier momento.

Sí, renueven mi derecho automáticamente para los próximos

5 años (el número máximo de años permitido), o por un número de años inferior :

4 años  3 años  2 años  1 año  No utilicen información de la declaración de impuestos para renovar mi cobertura.

#### Si alguien en esta solicitud tiene derecho a Asistencia Médica

- Estoy cediendo a la agencia de Asistencia Médica nuestros derechos a buscar y obtener cualquier dinero de otro seguro médico , acuerdos legales u otras terceras partes. También cedo a la Agencia de Asistencia Médica los derechos para buscar y obtener ayuda médica de un cónyuge o padre/madre.
- ¿Alguno de los niños de esta solicitud tiene un progenitor que vive fuera del hogar?  Sí  No
- En caso afirmativo, sé que se me pedirá que coopere con el organismo que recauda la manutención médica del progenitor ausente. Si creo que cooperar para cobrar la manutención médica me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo decirselo a Medicaid y es posible que no tenga que cooperar.

#### Elegibilidad para el servicio exprés:

La elegibilidad para el servicio exprés (ELE, en inglés) es un proceso automático para inscribir o renovar en el programa de Asistencia Médica a los menores de 19 años que cumplen los requisitos y que reciben el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés) o la Ayuda Temporal para Familias en Necesidad (TANF, en inglés).

Si usted está recibiendo SNAP o TANF, la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS) utilizará el tamaño del hogar, la residencia y la información de ingresos de SNAP o TANF, pero la DFCS verificará la ciudadanía o el estado migratorio utilizando las reglas de Asistencia Médica para hacer una determinación de elegibilidad para el servicio exprés (ELE, en inglés) para inscribir o renovar a los niños en Medicaid o PeachCare for Kids®. Si sus hijos reúnen los requisitos para PeachCare for Kids®, es posible que tengan que pagar una prima. La DFCS le enviará un aviso de determinación, le permitirá realizar cualquier cambio y le permitirá optar por no participar en cualquier momento.

Si desea que sus hijos sean evaluados para recibir Asistencia Médica mediante el proceso ELE, seleccione sí o no a continuación.

Sí  No

#### Mi derecho a apelar

Si creo que las Agencias del Seguro Médico , la DFCS y el FFM se han equivocado, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien de las Agencias del Seguro Médico , de la DFCS o del FFM que creo que la acción es incorrecta y pedir una revisión imparcial de la misma . Sé que puedo averiguar cómo apelar al ponerme en contacto con la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS) al **1-877-423-4746**. Sé que puedo estar representado en el proceso por alguien que no sea yo mismo. Seme explicará mi elegibilidad y otra información importante.

**Firme esta solicitud.** La persona que completó el Paso 1 debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí siempre que haya facilitado la información requerida en el Anexo C.

Firma

Fecha



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-877-423-4746** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le ofreceremos ayuda de forma gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.



## PASO 6 Envíe por correo la solicitud completada.

Envíe su solicitud firmada a la dirección que figura a continuación:

**Division of Family and Children Services**  
**Customer Contact Center**  
**P.O. Box 4190**  
**Albany, GA 31706**

### INFORMACIÓN SOBRE EL REGISTRO DE VOTANTES

Si no está registrado para votar en su lugar de residencia, ¿desea registrarse hoy?

- Sí  
 No  
 No quiero responder a la pregunta sobre el registro de votantes

El hecho de solicitar o rechazar el registro para votar no afectará al monto de la asistencia que le prestará este organismo.

Si desea ayuda para rellenar el formulario de solicitud de registro para votar, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede rellenar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la intimidad a la hora de decidir si se registra o solicita registrarse para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante el Secretario de Estado en la dirección 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o llamando al 404-656-2871.

SI NO MARCA NINGUNA DE LAS DOS CASILLAS, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

**Se incluye una copia de la solicitud del Registro de Votantes de Georgia con las solicitudes, renovaciones y formularios de cambio de domicilio de la DFCS. También puede pedir a su asistente social una solicitud de registro de votantes. Si completa una solicitud de Registro de Votantes, envíela a la Oficina del Secretario de Estado de Georgia siguiendo las instrucciones proporcionadas en la solicitud de Registro de Votantes.**

---

Para denunciar sospechas de fraude contra beneficiarios o proveedores de Medicaid, llame a la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud Comunitaria al teléfono (local) 404-463-7590 o (gratuito) 800-533-0686; por correo electrónico a [oiganonymous@dch.ga.gov](mailto:oiganonymous@dch.ga.gov); por correo postal a Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19<sup>th</sup> Floor, East Tower, Atlanta GA 30334; o visite <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-877-423-4746** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le ofreceremos ayuda de forma gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## **Aviso de derechos ADA/Sección 504**

### **Ayuda para personas con discapacidades**

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia y el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia ("los Departamentos") están obligados por ley federal\* a proporcionar a las personas con discapacidades igualdad de oportunidades para participar en los programas, servicios o actividades de los Departamentos y reunir los requisitos para ello. Esto incluye programas como el SNAP, la TANF y Asistencia Médica.

El Departamento proporciona modificaciones razonables cuando las modificaciones son necesarias para evitar la discriminación por motivos de discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para ofrecer igualdad de acceso. Para garantizar una comunicación igual de eficaz, proporcionamos a las personas con discapacidad o a sus acompañantes con discapacidad, asistencia para la comunicación, como intérpretes de lengua de señas. Nuestra ayuda es gratuita. Los Departamentos no están obligados a realizar ninguna modificación que suponga una alteración fundamental de la naturaleza de un servicio, programa o actividad o una carga financiera y administrativa indebida.

### **Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia para la comunicación**

Póngase en contacto con su asistente social si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia para la comunicación o una ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita una ayuda o servicio para poder comunicarse de manera eficaz, como un intérprete de lengua de señas. Puede ponerse en contacto con su asistente social o llamar a la DFCS al (877) 423-4746 o al Equipo Katie Beckett (KB) del Departamento de Salud Comunitaria (DCH, en inglés) al 678-248-7449 para presentar su solicitud. También puede presentar su solicitud utilizando el formulario de solicitud de modificación razonable de la ADA de la DFCS, que está disponible en su oficina local de la DFCS o en línea en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, o puede obtener el formulario de solicitud de modificación razonable de la ADA del DCH en la oficina del KB, en línea en <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> o puede enviar su solicitud de modificación por correo electrónico a [DCH.ADAassistance@dch.ga.gov](mailto:DCH.ADAassistance@dch.ga.gov).

### **Cómo presentar un reclamo**

Tiene derecho a presentar un reclamo si el Departamento lo ha discriminado por su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar un reclamo por discriminación si ha solicitado una modificación razonable o un intérprete de lengua de señas y se lo han denegado o no han actuado dentro de un plazo razonable. Puede presentar un reclamo verbalmente o por escrito poniéndose en contacto con su asistente social, con la oficina local de la DFCS o con el coordinador de derechos civiles, ADA/Sección 504 de la DFCS en 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Para comunicarse con el DCH, póngase en contacto con el coordinador del Equipo KB ADA/Sección 504 en 2211 Beaver Run Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 o P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. El correo electrónico del DCH es: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov).

Le puede pedir a su asistente social una copia del formulario de reclamos sobre derechos civiles de la DFCS. El formulario de reclamos también se encuentra disponible en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Si necesita ayuda para presentar un reclamo por discriminación, puede ponerse en contacto con cualquier miembro del personal de la DFCS mencionado más arriba. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden llamar al 711 para que un operador lo conecte con nosotros. El correo electrónico para los reclamos de derechos civiles del DCH es: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). El enlace para el proceso de derechos civiles del DCH y el formulario de reclamo se encuentra en: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

*\*La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990 y la Ley de Enmiendas de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidades no sean objeto de discriminación ilegal.*

En el marco del Departamento de Servicios Humanos (DHS), también puede presentar otros tipos de reclamos por discriminación si se comunica con la oficina local de la DFCS, o con el coordinador de derechos civiles y de la ley ADA/Sección 504 de la DFCS en el Departamento de Servicios Humanos de Georgia, Oficina del Asesor General, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Si desea presentar un reclamo por discriminación basada en el dominio limitado del inglés, póngase en contacto con el Programa de Dominio Limitado del Inglés y Discapacidad Sensorial del DHS de Georgia, oficina del asesor general, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-877-423-4746** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le ofreceremos ayuda de forma gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.