

# Formulario de Certificación del Cliente

## Inelegible para Cobertura de Seguro de Salud o Exento del Mandato de Seguro Federal

Con las oportunidades de seguros bajo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, el Programa Comunitario de Acceso a la Salud (CHAP) ha cumplido su propósito de enlazar personas de bajo recursos a los servicios de salud necesarios y cerró el 1 de Febrero de 2015 para individuos que son elegibles para Medicaid o se les requiere por ley a tener cobertura de salud.

CHAP ha evolucionado y ha cambiado su nombre a Health Care Connection (HCC). HCC se enfocara en aquellos inelegibles para adquirir un seguro de salud o son exentos del mandato de seguro federal. Para continuar recibiendo los servicios, se requiere que las personas de bajos ingresos en esta categoría proporcionen prueba de su inelegibilidad o exención.

Si usted es un ciudadano estadounidense o nacional, o un extranjero legalmente en los Estados Unidos, la Disposición de la Responsabilidad Compartida de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que usted y cada miembro de su familia tenga cobertura de seguro médico básico, califique para una exención o hacer un pago de responsabilidad compartida cuando presente su declaración de impuestos federales. Cómo usted obtiene la exención depende del tipo de exención para los que usted es elegible. Usted puede obtener algunas exenciones sólo del Mercado de Seguros de Salud en la zona donde usted vive, otros sólo de parte del IRS, y otros más, ya sea del mercado o del IRS.

Si está reclamando que usted es inelegible o es exento del requisito federal de tener seguro de salud, y la opción de obtener la prueba de que la exención del Mercado no está disponible o requerido, por favor marque la primera frase que aparece en el siguiente formulario. Aunque es opcional, también sería útil que nos indique la circunstancia que le hace exento o inelegible.

Para confirmar su inelegibilidad o exención, por favor lea y complete este formulario, proporcione su información de contacto donde se le indique, firme y devuélvalo.

<input type="checkbox"/>	<p><b>Requerido:</b> <i>Yo confirmo que soy exento del mandato federal de tener un seguro de salud o ineligible para obtener cobertura de Medicaid o comprar un seguro en el Mercado de Seguros de Salud.</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>Opcional:</b> <i>Por favor, indique las circunstancias que lo hacen inelegible o exento (opcional):</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p><i>Cobertura no es económica, de acuerdo con la definición del IRS "costoso". Esta será reclamada en mi declaración de impuestos.</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p><i>Mi ingreso familiar está por debajo del umbral de la declaración de impuestos, según lo determinado por el IRS.</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p><i>Dos o más miembros de familia agregaron el costo de cobertura patrocinado por el empleador supera el 8 por ciento de los ingresos familiares, al igual que el costo de cualquier cobertura patrocinado por el empleador disponible para toda la familia. Esto sólo puede ser</i></p>

<p><i>reclamado en la declaración de impuestos.</i></p> <p>___ <i>Ciertas personas que no son ciudadanos: Usted no es ciudadano estadounidense, de nacionalidad estadounidense, ni un extranjero legalmente en los EE.UU.</i></p> <p>___ <i>Otro: Por favor explique</i> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

Yo confirmo que la información proporcionada es verdadera.

\_\_\_\_\_

Nombre (Impreso)

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

(Firma)

Información De Contacto:

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Por favor, use este espacio para proporcionar información adicional si es necesario.