



# Solicitud de cobertura de salud y ayuda para pagar los costos Formulario OMB Nro. 0938-

aprobado por la

## ASPECTOS A TENER EN CUENTA



### Utilice esta solicitud para ver para qué cobertura califica

- Planes de seguro médico privados y asequibles que ofrecen una cobertura integral para ayudarlo a mantenerse saludable.
- Un crédito tributario nuevo que puede ayudarlo a pagar sus primas de la cobertura de salud de inmediato.
- Seguro gratuito o de bajo costo de **Asistencia Médica. Puede calificar para obtener un programa gratuito o de bajo costo incluso si gana hasta \$94,000 al año (para una familia de 4).**



### ¿Quiénes pueden utilizar esta solicitud?

- Utilice esta solicitud para aplicar para cualquier miembro de su familia.
- Realice la solicitud incluso si usted o su hijo/a ya tiene cobertura de salud. Puede ser elegible para recibir una cobertura de menor costo o gratuita.
- Si es soltero/a, puede utilizar un formulario más corto. Ingrese a [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden realizar la solicitud. Puede realizar la solicitud para su hijo/a incluso si usted no es elegible para la cobertura. Realizar la solicitud no afectará su estado de inmigración ni las posibilidades de convertirse en un residente o ciudadano permanente.
- Si alguien le está ayudando a completar este formulario, es posible que necesite completar el Anexo C.



### Realice la solicitud en línea más rápido

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



### Lo que puede necesitar para realizar la solicitud

- Los Números de Seguro Social (o los números de documento para cualquier persona inmigrante legal que necesite el seguro)
- La información del empleador y de los ingresos para todos los miembros de su familia (por ejemplo, de los recibos de pago, formularios W-2, o de las declaraciones de salario o de impuestos)
- Números de póliza de cualquier seguro médico actual
- Información sobre cualquier seguro médico relacionado al empleo que esté disponible para su familia



### ¿Por qué le solicitamos esta información?

Le solicitamos información sobre los ingresos y otra información para informarle para qué cobertura califica y si puede obtener ayuda para pagarla.

**Mantendremos segura y privada** toda la información que proporciona, **según lo exige la ley.**



### ¿Qué sucede a continuación?

Envíe la solicitud completa y firmada a la dirección que figura en la página 8.

**Si no tiene toda la información que solicitamos, firme y envíe la solicitud de todas maneras.** Nos pondremos en contacto con usted dentro de 1 a 2 semanas. Obtendrá instrucciones para realizar los siguientes pasos para completar su cobertura de salud. Si no obtiene respuesta de nuestra parte, ingrese a [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llame al **1-877-423-4746**. Completar esta solicitud no quiere decir que tiene que comprar la cobertura de salud.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a [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 otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.



## Obtenga ayuda con esta

- **En línea:** [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov)
- **Teléfono:** Llame a nuestro Centro de Ayuda al **1-877-423-4746**.
- **En persona:** Es posible que haya asesores en su área que pueden ayudarle. Ingrese a 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**.

# PASO 1 Cuéntenos sobre usted.

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

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido, y sufijo

2. Dirección del hogar (Deje en blanco si no tiene uno.)

3. Número de departamento o suite

4. Ciudad

5. Estado

6. Código postal

7. Condado

8. Dirección de correo postal (si es distinta de la dirección del hogar)

9. Número de departamento o suite

10. Ciudad

11. Estado

12. Código postal

13. Condado

14. Número de teléfono

( ) -

15. Otro número de teléfono

( ) -

16.  electrónico?

Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico?  
 Sí  No

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

17. ¿Cuál es su idioma hablado o escrito de preferencia (si no es el inglés)?

a. Si se requiere una entrevista, ¿necesitará un/a intérprete?  Sí  No

\* Tiene la opción de elegir cómo le gustaría recibir notificaciones sobre su información. Si elige recibir notificaciones por correo electrónico o mensaje de texto, recibirá un mensaje que le notificará que tiene un aviso en Mis Avisos ubicado en el Portal del Cliente de GA Gateway.

Para la comunicación por correo electrónico, debe proporcionarnos su dirección de correo electrónico y aceptar los términos y condiciones de los avisos electrónicos que se encuentran en el Portal del Cliente de GA Gateway después de crear una cuenta. Visite el sitio web del Portal del Cliente de GA Gateway en [www.gateway.ga.gov](http://www.gateway.ga.gov) para actualizar la configuración de las notificaciones. Para la comunicación por mensaje de texto, debe proporcionarnos su número de teléfono. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos. Esto puede variar según la compañía, consulte con su proveedor.

# PASO 2 Cuéntenos sobre su familia.

## ¿A quiénes necesita incluir en esta solicitud?

Cuéntenos sobre todos los miembros de la familia que viven con usted. Si presenta impuestos, necesitamos la información de todas las personas en su declaración de impuestos. (No es necesario que presente impuestos para obtener la cobertura de salud).

### INCLUYA a:

- Usted
- Su cónyuge
- Sus hijos/as menores de 21 años que viven con usted
- Su pareja sin casarse que necesita cobertura de salud
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, incluso si no viven con usted
- Cualquier otra persona menor de 21 años que usted cuide y viva con usted.

### NO es necesario que incluya a:

- Su pareja sin casarse que no necesita cobertura de salud
- Los hijos/as de su pareja sin casarse
- Sus padres que viven con usted, pero presentan sus propias declaraciones de impuestos (si usted es mayor de 21 años)
- Otros parientes adultos que presentan sus propias declaraciones de impuestos

La cantidad de asistencia o el tipo de programa para los cuales califica depende del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos de que todos obtengan la mejor cobertura que sea posible.

**Complete el Paso 2 para cada persona en su familia.** Comience con usted, luego agregue otros adultos/as o niños/as. Si tiene más de 2 personas en su familia, necesitará realizar una copia de las páginas y adjuntarlas. No es necesario que proporcione el estado de inmigración o un Número de Seguro Social (SSN, en inglés) para los miembros de la familia que no

**¿NECESITA AYUDA CONSU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al

**1-800-285-9013 Rev.**

necesitan la cobertura de salud. Mantendremos segura y privada toda la información que proporciona, según lo exige la ley. Utilizaremos la información personal solo para verificar si es elegible para obtener la cobertura de salud.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-259-0138**.

## PASO 2: PERSONA (Comience con usted)

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y los niños/as que viven con usted o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quiénes incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar aun así a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido, y sufijo	2. ¿Vínculo 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)-----

**Lo necesitamos si desea obtener la cobertura de salud y tiene un SSN.** Proporcionar su SSN también puede ser de ayuda si no desea obtener la cobertura de salud ya que puede acelerar el proceso de solicitud. Utilizamos los SSN para verificar los ingresos y otra información para ver quiénes son elegibles para recibir ayuda con los costos de la cobertura de salud. Si alguien desea recibir ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o ingrese a [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-255-0135.

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

(Aún puede realizar una solicitud para obtener un seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.)

**SÍ** Si la respuesta es sí, responda las preguntas a–c.  **NO.** Si la respuesta es no, diríjase a la pregunta c.

a. ¿Presentará de manera conjunta con un cónyuge?  Sí  No

**Si la respuesta es sí,** nombre del/de la cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Reclamará a alguien como dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

**Si la respuesta es sí,** indique el(los) nombre(s) de el(los) dependientes: \_\_\_\_\_

c. ¿Usted será reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?  Sí  No

**Si la respuesta es sí,** indique el nombre de la persona que declara impuestos: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su vínculo con la persona que declara impuestos? \_\_\_\_\_

¿Está embarazada?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha de parto estimada / / ; y cuántos bebés se esperan? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es no, ¿dio a luz o un embarazo se interrumpió en los últimos 12 meses?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la fecha de parto o terminación del embarazo? / / ; y cuántos bebés nacieron/se esperaban? \_\_\_\_\_

### 7. ¿Necesita una cobertura de salud?

(Incluso si tiene seguro, puede existir un programa con una mejor cobertura o con costos más bajos.)

**YES.** Si la respuesta es sí, responda todas las preguntas a continuación.

**NO.** Si la respuesta es no, DIRÍJASE a las preguntas sobre los ingresos en la página 3. Deje el resto de esta página en blanco.

8. ¿Tiene una condición de salud física, mental, o emocional que genere limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, las tareas diarias, etc.) o vive en una institución médica u hogar de cuidados?  Sí  No

9. ¿Es un/a ciudadano/a de los EE.UU. o nacional de EE.UU.?  Sí  No

10. Si no es un ciudadano/a de EE.UU. ni nacional de EE.UU., ¿tiene un estado de inmigración elegible?

Sí Complete con el tipo de documento de inmigración y el número de certificado/extranjero a continuación.

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

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

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

d. ¿Usted, su cónyuge o su padre es un veterano o un miembro servicio activo de las fuerzas armadas de los EE.UU.?  Sí  No

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

12. ¿Vive con al menos un niño/a menor de 19 años, y usted es la persona principal que cuida de este/a niño/a?  Sí  No

13. ¿Es usted un/a estudiante de tiempo completo?  Sí  No 14. ¿Estuvo en un hogar de acogida a los 18 años o más?  Sí  No

15. Si es hispano/latino, origen étnico (OPCIONAL: marque todo lo que corresponda.)

Mexicano  Mexicano-estadounidense  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

16. Raza (OPCIONAL: marque todo lo que corresponda.)

Blanca  Negra o afroam  ericana  Indio-americana o nativa de \_\_\_\_\_



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al

1-800-255-0135.

- Alaska
- Indo-asiática
- china

- Filipina
- japonesa
- coreana

- Vietna  
mita
- Otra  
Asiática

- Nativa  
Hawaiana

- Guameña o Chamorra
  - Samoana
  - Otra Islaña del Pacífico
  - Otra \_\_\_\_\_
- 



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-259-0138**.

# PASO 2: PERSONA (Continúe con su información propia)

1

## Empleo actual e información de ingresos

- Con empleo**  
Si está empleado/a actualmente, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 18.
- Sin empleo**  
Diríjase a la pregunta 28.
- Empleo por cuenta propia**  
Diríjase a la pregunta 27.

### EMPLEO ACTUAL 1:

18. Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_

19. Número de teléfono del empleador  
(     )     -

20. Salarios/propinas (antes de los impuestos) \$ \_\_\_\_\_

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

\$

21. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA \_\_\_\_\_

### EMPLEO ACTUAL 2: (Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

22. Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_

23. Número de teléfono del empleador  
(     )     -

24. Salarios/propinas (antes de los impuestos) \$ \_\_\_\_\_

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

\$

25. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA \_\_\_\_\_

26. **En el último año:**  cambió de trabajo     dejó de trabajar     comenzó a trabajar menos horas     comenzó a trabajar más horas     ninguna de las anteriores

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

- a. Tipo de trabajo \_\_\_\_\_
- b. ¿Cuánto ingreso neto (ganancias una vez pagados los gastos comerciales) obtendrá de este empleo por cuenta propia este mes?  
\$ \_\_\_\_\_

### 28. OTROS INGRESOS: Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y cada cuánto lo obtiene.

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

- Ninguno
- |  |    |                      |   |    |                      |
|--|----|----------------------|---|----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Pensiones por desempleo | \$ | ¿Con qué frecuencia? | <input type="checkbox"/> Agricultura/pesca neta | \$ | ¿Con qué frecuencia? |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social           | \$ | ¿Con qué frecuencia? | <input type="checkbox"/> Renta neta/regalías    | \$ | ¿Con qué frecuencia? |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación   | \$ | ¿Con qué frecuencia? | <input type="checkbox"/> Otros ingresos         | \$ | ¿Con qué frecuencia? |
| <input type="checkbox"/> Pensión recibida        | \$ | ¿Con qué frecuencia? | Tipo:   |    |                      |

### 29. DEDUCCIONES: Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y cada cuánto lo paga.

Si paga por ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales sobre los ingresos, informarnos sobre ellas puede hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco más bajo.

**AVISO:** No debe incluir un gasto que ya consideró en su respuesta al empleo por cuenta propia neto (pregunta 27b).

- Pensión pagada \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia?     Interés del préstamo estudiantil
- Primas de seguro médico, 401K y otras deducciones antes de impuestos \$ \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia?
- Otras deducciones \$ \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia?

### 30. INGRESO ANUAL: Complételo únicamente si su ingreso cambia de mes a mes. Si no espera cambios en su ingreso mensual, diríjase a la

**¿NECESITA AYUDA CONSU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al

---

siguiente persona. 

---

Su ingreso total **este año**  
\$

Su ingreso total **el año** próximo (si piensa que será distinto)  
\$

---

**¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted.**



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-259-1318**.

## PASO 2: PERSONA 2

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y los niños/as que viven con usted o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quiénes incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar aun así a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido, y sufijo		2. ¿Vínculo 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)  
**Lo necesitamos si desea obtener una cobertura de salud y tiene un SSN.**

6. ¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que usted?  Sí  No  
**Si la respuesta es no, indique la dirección:**

7. **¿La PERSONA 2 planea presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**  
(Aún puede realizar una solicitud para obtener un seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.)

**SÍ. Si la respuesta es sí,** responda las preguntas a- c.  **NO. Si la respuesta es no,** diríjase a la pregunta c.

a. ¿La PERSONA 2 presentará de manera conjunta con un cónyuge?  Sí  No

**Si la respuesta es sí,** nombre del/de la cónyuge:

b. ¿La PERSONA 2 reclamará a alguna persona como dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

**Si la respuesta es sí,** indique el(los) nombre(s) de el(los) dependientes:

c. ¿La PERSONA 2 será reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?  Sí  No

**Si la respuesta es sí,** indique el nombre de la persona que **presenta** impuestos:

¿Qué relación tiene la PERSONA 2 con la persona que presenta impuestos?

8. ¿La PERSONA 2 está embarazada?  Sí  No Si la respuesta es sí, cuál es la fecha de parto estimada / / ; y cuántos bebés se esperan?

Si la respuesta es no, ¿la PERSONA 2 dio a luz o un embarazo se interrumpió en los últimos 12 meses?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la fecha de parto o terminación del embarazo de la PERSONA 2? / / ; y cuántos bebés nacieron/se esperaban?

9. **¿La PERSONA 2 necesita una cobertura de salud?**

(Incluso si tiene seguro, puede existir un programa con una mejor cobertura o con costos más bajos.)

**Sí. Si la respuesta es sí,** responda todas las preguntas a continuación.

**NO. Si la respuesta es no,** DIRÍJASE a las preguntas sobre los ingresos en la página 5. Deje el resto de esta página en blanco.

10. ¿La PERSONA 2 tiene una condición de salud física, mental, o emocional que genere limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, las tareas diarias, etc.) o vive en una institución médica u hogar de cuidados?  Sí  No

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

**12. Si la PERSONA 2 no es un/a ciudadano/a de EE.UU. ni nacional de EE.UU.,** ¿tiene un estado de inmigración elegible?

Sí. Complete con el tipo de documento de inmigración y el número de certificado/extranjero de la persona a continuación.

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

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

c. ¿La PERSONA 2 ha vivido en EE.UU. desde 1996?  Sí  No

d. ¿La PERSONA 2, o su cónyuge o padre es un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE.UU.?  Sí  No

13. ¿La PERSONA 2 desea obtener ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?  Sí  No

14. ¿La PERSONA 2 vive con al menos un/a niño/a menor de 19 años, y es la persona principal que cuida de este niño/a?  Sí  No

15. ¿La PERSONA 2 estuvo en un hogar de acogida a los 18 años o más?  Sí  No

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

16. ¿La PERSONA 2 tenía seguro médico y lo perdió en los últimos 2 meses?  Sí  No

a. Si la respuesta es **sí,** fecha de finalización: \_\_\_\_\_ b. Motivo por el cual **finalizó el seguro:** \_\_\_\_\_

17. ¿La PERSONA 2 es un/a estudiante de tiempo completo?  Sí  No

18. **Si es hispano/latino, origen étnico (OPCIONAL: marque todo lo que corresponda.)**

Mexicano  Mexicano estadounidense  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro

19. **Raza (OPCIONAL: marque todo lo que corresponda.)**



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al

**1-800-285-9013 Ev.**

- 
- |   |  |                                   |   |   |
|---|--|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca                   | <input type="checkbox"/> Indio-americana o<br>nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Vietnamita         | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorra       |
| <input type="checkbox"/> Negra o<br>afroamericana | <input type="checkbox"/> Indo-asiática                         | <input type="checkbox"/> japonesa | <input type="checkbox"/> Otra Asiática      | <input type="checkbox"/> Samoana                  |
| <input type="checkbox"/> na                       | <input type="checkbox"/> china                                 | <input type="checkbox"/> coreana  | <input type="checkbox"/> Nativa<br>Hawaiana | <input type="checkbox"/> Otra Isleña del Pacífico |
|   |  |                                   |   | <input type="checkbox"/> Otra                     |
- 

**Ahora, infórmenos sobre cualquier ingreso de la PERSONA 2 en el reverso.** 



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-285-9013** ev.

## PASO 2: PERSONA 2

### Empleo actual e información de ingresos

**Con empleo**

Si está empleado/a actualmente, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 20.

**Sin empleo**

Diríjase a la pregunta 30.

**Empleo por cuenta propia**

Diríjase a la pregunta 29.

### EMPLEO ACTUAL 1:

20. Nombre y dirección del empleador

21. Número de teléfono del empleador

( ) -

22. Salarios/propinas (antes de los impuestos)

Por hora

Por semana  Cada 2 semanas

Dos veces al mes

Mensual

Anual

\$

23. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

### EMPLEO ACTUAL 2: (Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

24. Nombre y dirección del empleador

25. Número de teléfono del empleador

( ) -

26. Salarios/propinas (antes de los impuestos)

Por hora

Por semana  Cada 2 semanas

Dos veces al mes

Mensual

Anual

\$

27. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

28. En el último año:

cambió de trabajo

dejó de trabajar

comenzó a trabajar menos horas

comenzó a trabajar más horas

ninguna de las anteriores

29. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

c. Tipo de trabajo

d. ¿Cuánto ingreso neto (ganancias una vez pagados los gastos comerciales) obtendrá de este empleo por cuenta propia este mes?

\$

30. **OTROS INGRESOS:** Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y cada cuánto lo obtiene.

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

Ninguno

Pensiones por

\$

¿Con qué frecuencia?

Agricultura/pesca neta

\$

¿Con qué frecuencia?

desempleo

\$

¿Con qué frecuencia?

Renta neta/regalías

\$

¿Con qué frecuencia?

Seguro Social

\$

¿Con qué frecuencia?

Otros ingresos

\$

¿Con qué frecuencia?

Cuentas de jubilación

\$

¿Con qué frecuencia?

Tipo:

Pensión recibida

\$

¿Con qué frecuencia?

31. **DEDUCCIONES:** Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y cada cuánto lo paga.

Si paga por ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales sobre los ingresos, informarnos sobre ellas puede hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco más bajo.

**AVISO:** No debe incluir un gasto que ya consideró en su respuesta al empleo por cuenta propia neto (pregunta 27b).

Pensión pagada

\$

¿Con qué frecuencia?

Interés del préstamo estudiantil

Primas de seguro médico, 401K y otras deducciones antes de impuestos

\$

Tipo

¿Con qué frecuencia?

Otra deducción

\$

Tipo

¿Con qué frecuencia?

32. **INGRESO ANUAL: Complételo únicamente si su ingreso cambia de mes a mes. Si no espera cambios en su ingreso mensual, diríjase a la siguiente persona. ^**



**¿NECESITA AYUDA CONSU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al

1-800-285-9613 Rev.

Su ingreso total **este año**  
\$

Su ingreso total **el año** próximo (si piensa que será distinto)  
\$

**iGRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 2.**  
**Si tiene a más de dos personas para incluir, realice una copia del paso 2: Persona 2 (páginas 4 y 5)**  
**y complétalas.**



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-285-9413** Ev.

## PASO 3 Miembros familiares indio-americanos o nativos de Alaska (AI/AN)

### 1. ¿Usted o alguien en su familia es indio-americano o nativo de Alaska?

- Si la respuesta es **no**, diríjase al paso 4.  
 **Sí**. Si la respuesta es **sí**, diríjase al Anexo B.

## PASO 4 La cobertura de salud de su familia

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

### 1. ¿Alguien está inscrito en una de las siguientes coberturas de salud en la actualidad?

**Sí**. Si la respuesta es **sí**, marque el tipo de cobertura y escriba el(los) nombre(s) de la(s) persona(s) al lado de la cobertura que tienen.  **NO**.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asistencia Médica _____   | <input type="checkbox"/> Seguro del empleador: _____  |
| <input type="checkbox"/> Medicare _____  |   |
| <input type="checkbox"/> TRICARE (No marque nada si tiene atención directa o Line of Duty) | <input type="checkbox"/> Nombre del seguro médico: _____<br>Número de póliza: _____         |
| <input type="checkbox"/> VA Programas de atención médica _____                             | ¿Es una cobertura COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No            |
| <input type="checkbox"/> Cuerpos de Paz _____  | ¿Es un plan de salud de jubilado/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|  | <input type="checkbox"/> Otro   |
|  | Nombre del seguro médico: _____   |
|  | Número de póliza: _____   |
|  | ¿Es un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidente escolar)?                 |
|  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                     |

### 2. ¿A alguien indicado en esta solicitud se le ofrece una cobertura de salud de un empleo? Marque sí incluso si la cobertura es del trabajo de otra persona, como de un padre o cónyuge.

- Sí**. Si la respuesta es **sí**, deberá completar e incluir el Anexo A.  
 **NO**. Si la respuesta es **no**, continúe al Paso 5.

### Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia para la comunicación (si corresponde):

#### ¿Tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para la comunicación?

**Sí** \_\_\_ **No** \_\_\_\_\_ (Si la respuesta es **sí**, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita): Intérprete de la lengua de señas \_\_\_\_\_; TTY \_\_\_\_\_; Letra grande \_\_\_\_\_; Comunicación electrónica (correo electrónico) \_\_\_\_\_; Braille \_\_\_\_\_; Retransmisión en video \_\_\_\_\_; Intérprete de habla con clave \_\_\_\_\_; Intérprete oral \_\_\_\_\_; Intérprete táctil \_\_\_\_\_; Recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa \_\_\_\_\_; Firma telefónica (si corresponde) \_\_\_\_\_; Entrevista presencial (visita al hogar) \_\_\_\_\_; Otra: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Necesita esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez \_\_\_\_\_ o permanentemente \_\_\_\_\_? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.

#### Declaración informativa de la PRA

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Control y Presupuesto (OMB, en inglés) válido. El número de control de la OMB para esta recopilación de



**¿NECESITA AYUDA/CONSULTE SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al

1-800-285-9013 Rev.

información es 0938-1191. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de [Insertar tiempo (horas o minutos)] por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios respecto a la precisión de el tiempo estimado o sugerencias 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?** Ingrese a [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-285-9613** ev.

## PASO 5 Lea y firme esta solicitud.

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que proporcioné respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario a mi leal saber y entender. Estoy al tanto de que puedo estar sujeto/a a sanciones conforme a la ley federal si proporciono información falsa e incierta.
- Estoy al tanto de que debo informar cualquier cambio dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en la que sucedió el cambio. Puedo ingresar a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llamar al **1-877-423-4746** para informar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad para miembro(s) de mi unidad familiar.
- Estoy al tanto de que, conforme a la ley federal, no se permite la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar un reclamo de discriminación al llamar al Coordinador de Derechos Civiles del DFCS, ADA/Sección 504 al 877-423-4746.
- Confirmando que ninguna persona que realiza una solicitud para el seguro médico en esta solicitud está presa (detenida o reclusa). Si no, \_\_\_\_\_ **está preso/a.**  
(nombre de la persona)

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia ("DHS") 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, usar y divulgar dicha información personal de acuerdo con las políticas y procedimientos del DHS, y según lo permitan o exijan las leyes o los reglamentos.

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para obtener la ayuda para pagar la cobertura de salud si usted elige solicitarla. Verificaremos sus respuestas al utilizar la información en nuestras bases de datos electrónicas y en las bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Seguro Social, el Departamento de Trabajo (DOL), el TALX (número de trabajo), el Departamento de Seguridad Nacional y una agencia de información sobre consumidores. Si la información no coincide, es posible que le solicitemos que nos envíe pruebas.

### Renovación de la cobertura en los próximos años

Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica en los próximos años, acepto permitir que las agencias de seguros médicos, el DFCS y el Mercado Facilitado por el Gobierno Federal (FFM, en inglés) utilicen datos de los ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos. Las agencias de seguro médico, el DFCS y el FFM me enviarán un aviso, me permitirán realizar cualquier cambio, y puedo optar por no participar en cualquier momento.

Sí, renovar mi elegibilidad automáticamente para los próximos

5 años (la cantidad máxima de años permitidos), o para una menor cantidad de años:

4 años    3 años    2 años    1 años    No utilizar la información de mis declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

### Si alguien en esta solicitud es elegible para la Asistencia Médica

- Doy a la agencia de Asistencia Médica nuestros derechos para buscar y obtener cualquier dinero de otro seguro médico, acuerdos legales, u otros terceros. También doy a la agencia de Asistencia Médica los derechos para buscar y obtener asistencia médica para un cónyuge o padre/madre.
- ¿Algún niño/a en esta solicitud tiene un/a padre/madre que vive fuera del hogar?  Sí  No
- Si la respuesta es sí, estoy al tanto de que me solicitarán la cooperación con la agencia que cobra la asistencia médica de un/a padre/madre ausente. Si considero que cooperar para el cobro de la asistencia médica me hará daño a mí o a mi hijo/a, puedo informarle a Medicaid y es posible que no tenga que cooperar.

### Elegibilidad Rápida:

"La Elegibilidad Rápida (ELE, por sus siglas en inglés) es un proceso automático para inscribir o renovar la inscripción al programa de Asistencia Médica para niños y niñas menores de 19 años que reciben el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) en el programa de Asistencia Médica.

Si usted recibe SNAP o TANF, la División de Servicios para Familias y Niños (DSFC, por sus siglas en inglés) utilizará la información de estos programas, como el tamaño de la unidad familiar, la residencia y los ingresos de SNAP o TANF, pero la DFCS verificará la ciudadanía o el estado migratorio mediante el uso de las normas de la Asistencia Médica para realizar una determinación de ELE. De esta forma se inscribirá al/a niño/a o se renovará su inscripción a Medicaid o PeachCare for Kids®. Si su hijo/a es elegible para recibir PeachCare for Kids®, puede estar sujeto/a a una prima. La DFCS le enviará un aviso con la determinación, le dejará realizar cambios y le permitirá dejar de participar en cualquier momento.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al

**1-800-259-0138** rev.

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

Sí       No

### **Mi derecho a apelar**

Si considero que las agencias de seguro médico, el DFCS y el FFM han cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa informarle a alguien en las agencias de seguro médico, el DFCS o el FFM que considero que la acción es incorrecta, y solicitar una revisión imparcial de la acción. Estoy al tanto de que puedo informarme sobre cómo apelar al comunicarme con la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS) al **1-877-423- 4746**. Estoy al tanto de que puedo ser representado/a en el proceso por alguien que no sea yo. Se me explicará mi elegibilidad y otra información importante.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-259-0138**.

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

Firm _____	Fech _____
------------	------------

**Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia para la comunicación para los/as representantes autorizados/as (si corresponde):**

**¿El/la representante autorizado/a tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí\_\_ No \_\_\_\_\_ (Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita):**

Intérprete de la lengua de señas \_\_\_\_\_; TTY \_\_\_\_\_; Letra grande \_\_\_\_; Comunicación electrónica (correo electrónico); Braille \_\_\_\_\_; Retransmisión en video \_\_\_\_\_; Intérprete de habla con clave\_\_\_\_; Intérprete oral \_\_\_\_; Intérprete táctil \_\_\_\_\_; Recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa \_\_\_\_\_; Firma telefónica (si corresponde) \_\_\_\_\_; Entrevista presencial (visita al hogar) \_\_\_\_\_; Otra: \_\_\_\_\_

**¿El/la representante autorizado/a necesitará esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez \_\_ o permanentemente\_\_\_\_\_? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.**



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-285-9013** Ev.

## PASO 6 Envíe por correo la solicitud completa.

Envíe por correo la solicitud firmada a la dirección que figura a continuación:

**División de Servicios para Familias y  
Niños entro de Atención al Cliente  
P.O. Box 4190  
Albany, GA 31706**

### **INFORMACIÓN DE REGISTRO DE VOTANTE**

Si no está registrado/a para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría realizar una solicitud para registrarse para votar aquí en la actualidad?

- Sí  
 No  
 No deseo responder la pregunta sobre el registro de votantes

Realizar una solicitud para registrarse o no registrarse para votar no afectará el monto de asistencia que le brindará esta agencia.

Si desea obtener ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante el Secretario de Estado en 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o al llamar al 404-656-2871.

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

**Se incluye una copia de la solicitud de registro de votantes de Georgia con las solicitudes de DFCS, las renovaciones y los formularios de cambio de dirección. También puede solicitar una solicitud de registro de votantes a su administrador/a del caso. Si completa una solicitud de registro de votantes, preséntela en la Oficina del Secretario de Estado de Georgia siguiendo las instrucciones proporcionadas en la solicitud de registro de votantes.**

Para denunciar sospechas de fraude de Medicaid en beneficiarios o proveedores, llame al Departamento de Salud Comunitaria de Georgia, Oficina del Inspector General al 404-463-7590 (local) o al 800-533-0686 (línea gratuita); por correo electrónico a [oiganonymous@dch.ga.gov](mailto:oiganonymous@dch.ga.gov); por correo al Departamento de Salud Comunitaria, Sección OIG PI, 2 Peachtree Street NW, 5<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303; o ingrese a <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al

**1-800-259-0138** rev.

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

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

La ley federal \* exige que el Departamento de Servicios Humanos de Georgia y el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia ("los Departamentos") brinden a las personas con discapacidades la misma oportunidad de participar y calificar para los programas, servicios o actividades de los Departamentos. Esto incluye programas como SNAP, TANF y Asistencia Médica.

Los Departamentos proporcionan modificaciones razonables cuando las modificaciones son necesarias para evitar la discriminación basada en la discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para brindar igualdad de acceso. Para garantizar una comunicación igualmente eficaz, proporcionamos a las personas con discapacidad o sus acompañantes con discapacidad asistencia en la comunicación, como intérpretes de lenguaje de señas. Nuestra ayuda es gratuita. Los Departamentos no están obligados a realizar ninguna modificación que pudiera resultar en una alteración fundamental en la naturaleza de un servicio, programa o actividad o en cargas financieras y administrativas indebidas.

### **Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia de comunicación**

Comuníquese con su administrador/a del caso si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia en la comunicación o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita ayuda o servicio para una comunicación eficaz, como un intérprete de lenguaje de señas. Puede comunicarse con el/la administrador/a del caso o llamar al DFCS al 877-423-4746, o al equipo de Katie Beckett (KB) del DCH al 678-248-7449 para realizar su solicitud. También puede realizar su solicitud utilizando el Formulario de solicitud de modificación razonable ADA de DFCS, que está disponible en su oficina local de 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 ADA del DCH por parte del equipo de KB o en línea en <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, pero no es necesario que utilice un formulario.

### **Cómo presentar un reclamo**

Tiene derecho a presentar un reclamo si los Departamentos lo han discriminado debido a su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar un reclamo por discriminación si ha solicitado una modificación razonable o un intérprete de lenguaje de señas que ha sido denegado o no se ha actuado dentro de un tiempo razonable. Puede presentar un reclamo oralmente o por escrito comunicándose con su administrador/a del caso, su oficina local de DFCS o el Coordinador de Derechos Civiles de DFCS, ADA / Sección 504 en 2 Peachtree Street NW, 29<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303, 1-877-423-4746. Para el DCH, comuníquese con el Coordinador del equipo KB, ADA/ Sección 504 en 2211 Beaver Run Road Suite 150, Norcross, GA, 30071, o el apartado postal 172, Norcross, GA 30091, 678-248-7449. El correo electrónico del DCH es el siguiente: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov).

Puede pedirle a su administrador/a del caso una copia del formulario de reclamo de derechos civiles de la DFCS, ADA/Sección 504. El formulario de reclamo también está disponible en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Si necesita ayuda para presentar un reclamo por discriminación, puede comunicarse con el personal de la DFCS mencionado anteriormente. Las personas sordas o con problemas de audición o que puedan tener discapacidades del habla pueden llamar al 711 para que un operador se comunique con nosotros. El correo electrónico para los reclamos de derechos civiles del DCH es el siguiente: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). El enlace para acceder al proceso de derechos civiles y al formulario de reclamos del DCH se encuentra en <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-285-9613** ext. 38.

*\* La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990; y la Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidades estén exentas de discriminación ilegal.*



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-259-0138**.

Conforme al DHS, puede presentar un reclamo por discriminación al contactar a su oficina local de la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS, por sus siglas en inglés) o al/a la coordinador/a de los derechos civiles de la DFCS, ADA/Sección 504 en 2 Peachtree Street NW, 29<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303, 1-877-423-4746. Para presentar reclamos por una supuesta discriminación por motivos de conocimientos limitados del inglés, contáctese con el Programa de Conocimiento Limitado del Inglés y Discapacidad Sensorial del DHS en 2 Peachtree Street NW, 29<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303, 1-877-423-4746 (voz).



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-259-0138**.