



# Nuevo miembro

## Trabajo actual e información de ingresos

**Empleado:** si el nuevo miembro está empleado actualmente, infórmenos acerca de sus ingresos. Empiece con la pregunta 1.

**No está empleado:** Pase a la pregunta 8.

**Trabaja por su cuenta:** Pase a la pregunta 6

### TRABAJO ACTUAL 1:

1. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	2. Número telefónico del empleador ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	
3. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	<input type="checkbox"/> Por hora	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	4. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA
	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Anualmente	( ) ( ) ( ) ( )

### TRABAJO ACTUAL 2: (Si el nuevo miembro tiene más trabajos, adjunte otra hoja de papel).

1. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	2. Número telefónico del empleador ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	
3. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	<input type="checkbox"/> Por hora	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	4. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA
	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Anualmente	( ) ( ) ( ) ( )

5. El año pasado, el nuevo miembro  Cambió de empleo  Dejó de trabajar  Empezó a trabajar menos horas  Ninguno de estos

### 6. Si el nuevo miembro trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

b. ¿Qué monto de ingresos netos (ganancias una vez que se paguen los gastos comerciales) obtendrá el nuevo miembro de su trabajo propio este mes? \$ ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

8. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** marque todas las opciones que correspondan y proporcione el monto y la frecuencia con que el miembro recibe esto. Marque aquí si no es ninguno.

**NOTA:** no necesita contarnos sobre la manutención infantil, pago de veteranos o Supplemental Security Income, SSI (Ingreso de Seguro Complementario) del nuevo miembro.

<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	¿Con qué frecuencia? ____	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	\$ ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	¿Con qué frecuencia? ____
<input type="checkbox"/> Pensión	\$ ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	¿Con qué frecuencia? ____	<input type="checkbox"/> Agricultura/pesca neta	\$ ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	¿Con qué frecuencia? ____
<input type="checkbox"/> Seguridad Social	\$ ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	¿Con qué frecuencia? ____	<input type="checkbox"/> Renta neta/regalías	\$ ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	¿Con qué frecuencia? ____
<input type="checkbox"/> Jubilación cuentas	\$ ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	¿Con qué frecuencia? ____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	¿Con qué frecuencia? ____
			Tipo: _____		

9. **DEDUCCIONES:** marque todas las opciones que correspondan y proporcione el monto y la frecuencia con que el miembro recibe esto. Si el nuevo miembro paga algunas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federal, informarnos al respecto puede hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco menor.

**NOTA:** no debe incluir un costo que ya ha considerado en su respuesta a empleo por su cuenta neto (pregunta 6).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	\$ ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	¿Con qué frecuencia? ____	<input type="checkbox"/> Otras deducciones	\$ ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	¿Con qué frecuencia? ____
<input type="checkbox"/> Interés de préstamo estudiantil	\$ ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	¿Con qué frecuencia? ____	Tipo: _____		

10. **INGRESOS ANUALES:** complete esta parte solo si los ingresos del nuevo miembro cambian de un mes a otro.



Ingresos totales del nuevo miembro este año

\$

Ingresos totales del nuevo miembro **el próximo** año (si considera que será diferente)

\$

## Paso 2 Indio americano o nativo de Alaska (AI/AN)

1. ¿El nuevo miembro del hogar es un indio americano o nativo de Alaska?

**NO**

**SÍ.** Si la respuesta es sí, ¿algún miembro del hogar nativo americano ha solicitado asistencia médica alguna vez desde que recibió un servicio de Indian Health Services, IHS (Servicios de Salud Indígenas), Urban Indian Health o cuidado médico tribal?  Sí  No

## PASO 3 La cobertura de salud de su familia

1. ¿El nuevo miembro está inscrito en la cobertura médica de lo siguiente?

**NO.**  **SÍ.** Si la respuesta es sí, marque el tipo de cobertura y escriba junto a la cobertura que tiene.

Medicare \_\_\_\_\_

TRICARE (no lo marque si tiene Direct Care o Line of Duty)

\_\_\_\_\_

Programa de atención médica de VA \_\_\_\_\_

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

Seguro del empleador \_\_\_\_\_

Nombre del seguro médico \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

¿Es esta cobertura COBRA?  Sí  No

¿Este es un plan de salud para jubilados?  Sí  No

Otro

Nombre del seguro medico \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidentes escolares)?

Sí  No

## PASO 4 Devuélvalo en el sobre con estampillas y con la dirección que se adjunta.

Si desea registrarse para votar, puede completar un formulario de registro en [usa.gov](http://usa.gov).