**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA (EIP)**
**SOLICITUD CONFIDENCIAL**

Solo para uso de la oficina

No use lápiz para completar esta solicitud. Escriba a máquina o con letra de imprenta clara.
Debe responder todas las preguntas e incluir todos los documentos requeridos.
La solicitud se puede enviar por correo a:
EIP en el PO Box 47841, Olympia, WA, 98501, por fax al 360-664-2216.

**El envío de una solicitud incompleta resultará en demoras en la determinación de su elegibilidad y podría causar el rechazo de su solicitud.**

## SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

**Debe proporcionar una constancia del nombre legal**

**Apellido legal:** _____ **Primer nombre legal:** _____ **Inicial del 2º nombre:** ___

**Fecha de nacimiento:**
_____ /_____ /_____
MM / DD / AAAA

**¿Qué sexo se le asignó al nacer?:** ☐ Masculino ☐ Femenino

**¿Cuál es su identidad de género actual?:** ☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Transgénero, masculino a femenino ☐ Transgénero, femenino a masculino

**Dirección residencial**
Si tiene una dirección residencial, complete el campo de dirección a continuación y →→ **debe proporcionar una constancia de residencia de Washington**
Si no tiene una dirección residencial, complete la declaración de no poseer dirección residencial.

**Dirección:** _____ **Número de apartamento/unidad:** _____

**Ciudad:** _____ **Estado:** **WASHINGTON** **Código postal:** _____

**Declaración de no poseer dirección residencial:** **si no posee una dirección residencial, complete la siguiente declaración:**
No poseo una dirección residencial. Anoche me quedé ☐ en un parque, ☐ en un automóvil, ☐ en un albergue, ☐ en la calle, ☐ con familiares/amigos o ☐ en otra parte **en la ciudad de:** _____.

**Dirección de correspondencia** ☐ La misma que la dirección residencial indicada arriba

**Dirección:**_____ **Número de apartamento/unidad:** _____

**Ciudad:**_____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

**Teléfono:** (____) _____-_____ **¿Podemos dejarle un correo de voz?** ☐ Sí ☐ No

**Correo electrónico:** _____
**¿Le gustaría que le enviáramos correos electrónicos?** ☐ Sí ☐ No

**¿Quisiera usted recibir documentos de nosotros en español?** ☐ Sí ☐ No

**Número de Seguro Social:**
_____-_____-_____
☐ **No tengo un número de Seguro Social**

**Estatus de ciudadano o no ciudadano:**
No compartimos esta información con nadie que no pertenezca a nuestro programa. Su estatus de ciudadanía no afectará su elegibilidad para nuestro programa.
☐ Ciudadano de los EE. UU. ☐ Residente legalmente presente – con menos de 5 años
☐ Residente legalmente presente – con más de 5 años ☐ Otro

**Origen étnico**
☐ No hispano
☐ Hispano/Latino (a) (por favor especifique)
☐ Mexicano, mexicano estadounidense, chicano/a
☐ Puertorriqueño ☐ Cubano
☐ Otro hispano, latino/a o de origen español

**Raza (marque todas las opciones que correspondan)**
☐ Blanca
☐ Negra o afroamericana
☐ Indio nativo estadounidense/nativo de Alaska
☐ Asiático (seleccione una o más):
☐ Indio asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Otro
☐ Nativo de Hawái/de las islas del Pacífico (selecciona una o más):
☐ Nativo de Hawái ☐ Guameño o chamorro ☐ Samoano ☐ Nativo de otra isla del Pacífico

## Administrador de casos médicos para el VIH

**Nombre del administrador del caso:** _____

**Agencia:** _____

**Número de teléfono: (____) _____-_____**

**Correo electrónico:** _____

**Información de la familia -** Infórmenos sobre usted y los miembros de la familia que **viven** con usted. Anexe otra hoja si necesita más espacio.

| Nombre | Fecha de nacimiento | Relación | ¿Esta persona es actualmente cliente del EIP? | ¿Esta persona tiene ingresos actualmente? |
|---|---|---|---|---|
| | | **USTED** | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| | | | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |
| | | | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |

**¿Cuál es su estado civil?** ☐ Soltero, divorciado, viudo ☐ Casado – viven juntos ☐ Casado – viven separados ☐ Pareja doméstica registrada en el estado de Washington

**Ingresos familiares (Si usted y su familia no tienen ingresos, por favor prosiga a la sección de declaración de ausencia de ingresos)**
Por favor marque todos los tipos de ingresos que usted y su familia reciben actualmente y proporcione la documentación requerida.

| Tipo de ingresos | Quién recibe este ingreso | Documentación requerida |
|---|---|---|
| ☐ Ingresos laborales (sueldos, propinas y comisiones) | | Recibos de pago de los dos meses anteriores |
| ☐ Jubilación ferroviaria o militar | | Declaración de beneficio anual |
| ☐ Trabajador independiente | | Declaración de ganancias/pérdidas de los dos meses anteriores |
| ☐ Compensación por desempleo | | Carta de adjudicación de subvención o recibo de pago semanal |
| ☐ Seguro social (jubilación, discapacidad o superviviente) | | Declaración de beneficio anual |
| ☐ Pensión | | Declaración de beneficio anual |
| ☐ Ingresos por discapacidad a largo plazo | | Declaración de beneficio anual o carta de adjudicación de subvención |
| ☐ Ingreso por alquileres | | Acuerdo de alquiler con gastos desglosados o ganancia/pérdida anual (Cláusula E) |
| ☐ Anualidad | | Documentación de su institución financiera que muestre los ingresos recibidos |
| ☐ Ingresos de Cuentas de Jubilación Individual (Individual Retirement Accounts, IRA) | | Documentación de su institución financiera que muestre los ingresos recibidos |
| ☐ Otro | | Declaración firmada y fechada de la persona que recibe el ingreso. Debe incluir el ingreso bruto de los últimos 2 meses de acuerdo al calendario y el tipo de trabajo realizado. |

## Declaración de ausencia de ingresos:

☐ **Al marcar esta casilla, declaro que mi familia y yo no tenemos ningún ingreso.** Entiendo que el EIP puede solicitar documentación de mi empleador anterior o cartas de cancelación de beneficios en cualquier momento. También entiendo que le informaré al EIP sobre cualquier cambio en los ingresos en un plazo de 20 días de ocurrido el cambio. Si le proporciono al EIP información falsa o incompleta, el EIP puede negar mi elegibilidad y es posible que tenga que pagar por los servicios recibidos, si yo no era elegible para obtenerlos.

## Información del seguro médico

**¿Tiene actualmente un seguro médico?**

☐ Sí — Si respondió sí, **debe** proporcionar una copia de todas las tarjetas de seguro y marcar a continuación todos los tipos de seguro que tiene:

☐ No — Si respondió no, ¿su empleador ofrece seguro médico? Por favor díganos cuándo será elegible: _____

**Tipo de seguro que actualmente está activo. Por favor seleccione todas las que correspondan.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ **Medicare Parte A** (Hospital)<br>☐ **Medicare Parte B** (Atención médica)<br>☐ **Medicare Parte D (PDP)** (Medicamentos con receta)<br>☐ **Medicare Advantage + Medicamentos con receta (MA-PD)** | ☐ **Plan grupal**<br>(El plan será por medio de usted, sus padres, su cónyuge o el empleador de su pareja)<br>_____<br>Nombre del plan | ☐ **Plan individual**<br>(Este será un plan que usted compró por su cuenta o WSHIP)<br>_____<br>Nombre del plan | ☐ **Plan de salud calificado**<br>(Este será un plan que compró por medio de WA Healthplanfinder)<br>_____<br>Nombre del plan |
| ☐ **Plan COBRA**<br>(El plan será el que le ofrecieron cuando finalizó su empleo)<br>_____<br>Nombre del plan | ☐ **Atención médica para trabajadores con discapacidades (HWD)**<br>(El plan será por medio del Departamento de Servicios Sociales y de Salud [DSHS]) | ☐ **Beneficios de salud para veteranos**<br>¿Recibe su atención para el VIH en VA?<br>☐ Sí ☐ No | ☐ **Indian Health Services (Servicios de salud para Indios)**<br>¿Recibe su atención para el VIH en IHS?<br>☐ Sí ☐ No |

## Información de seguro dental ¡Nuevo! El EIP cubre la cobertura odontológica existente (excepto Medicaid)

**¿Tiene actualmente un seguro dental?**

☐ Sí
☐ No

Si respondió sí, ¿cuál es el nombre del plan?_____

## Inscripción en el seguro y asistencia con las primas

El EIP se contrata con el administrador de beneficios del seguro Evergreen Health Insurance Program (EHIP) para ayudar a nuestros clientes con la inscripción en el seguro y los pagos de sus primas. Por favor responda las siguientes preguntas para que podamos evaluar sus necesidades:

**¿Desea asistencia para inscribirse en el seguro?**

☐ Sí. Si respondió sí por favor llene la Sección 3
☐ No, ya estoy inscrito
☐ Sí, pero no estoy en un período especial de inscripción y tengo que esperar a la apertura de inscripciones para obtener un seguro.

**¿Desea que EHIP pague sus primas?**

☐ Sí. Si respondió sí, por favor llene la Sección 3

**Representante autorizado:** Por favor proporcione la siguiente información sobre sus familiares/amigos con los que nos permite que hablemos en relación con su EIP.

| Nombre (primer nombre y apellido) | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | Número de teléfono |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

## Acuerdo, divulgación de información y asignación de beneficios

**Acuerdo:** Estoy solicitando los servicios del Programa de Intervención Temprana (EIP). Al firmar al final de esta sección, declaro que he leído esta solicitud y acepto lo siguiente:

**Tengo derecho a:**

- Ser tratado(a) con respeto, consideración y honestidad.
- Recibir los servicios del EIP sin discriminación en cuanto a mi raza, color, sexo/género, origen étnico, nacionalidad, religión, edad, clase, orientación sexual, capacidad física o mental.
- Que mis registros se traten con carácter confidencial.
- Presentar una apelación con respecto a las decisiones de elegibilidad y cobertura.

**Tengo la responsabilidad de:**

- Tratar con respeto, consideración y honestidad al EIP, al Programa de Seguro de Salud Evergreen (EHIP) y Prescripciones de Salud Pública Ramsell (Ramsell).
- Proporcionar información verídica, correcta y completa.

**Entiendo que:**

- Es posible que deba pagar un cargo, llamado participación en el costo, para recibir servicios del EIP.
- Debo notificar al EIP acerca de cualquier cambio que afecte mi elegibilidad. Estos cambios incluyen: Ingresos, dirección, tamaño familiar y cobertura de seguro de salud. Debo enviar esta notificación dentro de los 20 días del cambio. No hacerlo podría dar lugar a la terminación de la elegibilidad.
- Entiendo que si actualizo mis ingresos con el EIP, es posible que también tenga que actualizar mis ingresos en WA HealthPlanFinder.
- El EIP requerirá que utilice o solicite otros programas para los que pueda ser elegible antes de recibir los servicios del EIP.
- Los fondos del EIP son limitados. Los servicios pueden modificarse o finalizar con poca anticipación.
- Si proporciono información falsa o incompleta, el EIP podrá rechazar o cancelar mi elegibilidad. Es posible que tenga que pagar por los servicios recibidos si no era elegible para obtenerlos.
- El EIP utilizará otros sistemas de datos estatales y federales y otra información para verificar la información que proporcione.
- Tengo que responder a las solicitudes de información del EIP. No hacerlo puede dar lugar a la terminación o el rechazo de la elegibilidad.
- Si el EIP está pagando mis primas de seguro a través del Programa de Seguro de Salud Evergreen (EHIP), entiendo que cualquier reembolso de prima que se me envíe debe ser entregado al EHIP.
- Si deseo asistencia con las primas a través del EHIP para un Plan de Salud Calificado en WA HealthPlanFinder, debo seleccionar al EHIP como mi representante de patrocinio. Al seleccionar al EHIP como mi patrocinador, lo autorizo a comunicarse y a compartir información con WA HealthPlanFinder.
- Si deseo asistencia con las primas a través del EHIP para un Plan de Salud Calificado (QHP, por sus siglas en inglés), Atención Médica para Trabajadores con Discapacidades (HWD, por sus siglas en inglés), Medicare Parte D (PDP) o Seguro Patrocinado por el Empleador (ESI, por sus siglas en inglés) a través de mi empleador o el empleador de mis padres, mi pareja, mi cónyuge, le doy al EIP y al EHIP mi autorización para comunicarse y compartir información con ellos.
- Si el EIP está pagando mis primas de seguro a través de EHIP, debo notificarle al EHIP sobre cualquier cambio en mi cobertura de seguro, como por ejemplo:
  - En mi empleo me ofrecen o recibo seguro, Medicaid, Medicare, pareja, cónyuge u otra fuente.
  - Recibo un estado de cuentas de prima, cupón o libreta de cupones de prima.
  - Recibo una notificación, carta o llamada telefónica de prima vencida.
  - Recibo una notificación o carta de cambio en la prima.
- Si el EIP está pagando mis primas de seguro a través del EHIP pero deseo revocar esta autorización y cancelar el acuerdo, debo hacerlo por escrito tanto al EHIP como al administrador del plan de salud.
- Si el EIP está pagando mis primas de seguro a través del EHIP, entiendo que la información sobre el pago de primas será divulgada al EHIP, que está sujeto a las Reglas de Privacidad Federales. La información podría no estar protegida si es divulgada a una entidad que no esté obligada por las Reglas de Privacidad Federales.

**Divulgación de información:** Autorizo al EIP a compartir la información de esta solicitud y de la documentación posterior obtenida por el EIP con proveedores contratados, administradores de caso, vendedores contratados y familiares/amigos que yo indique en la sección Representante Autorizado de esta solicitud. Otorgo este permiso por un año y 60 días desde la fecha en que firme esta autorización.

**Asignación de beneficios:** Por medio del presente, asigno al Departamento de Salud del Estado de Washington todos los derechos a recibir beneficios de medicamentos o médicos a los que yo pueda tener derecho bajo cualquier otro plan de asistencia o de seguro de cualquier otra tercera parte responsable. Doy mi consentimiento para la asignación de estos beneficios al Departamento de Salud del Estado de Washington y entiendo que el Departamento de Salud del Estado de Washington tiene derecho al reintegro de los beneficios proporcionados en forma incorrecta o a los beneficios por los cuales es responsable una tercera parte.

_____ _____

Firma del Solicitante o Tutor Legal **(No dejar en blanco)** Fecha de hoy (mm/dd/aaaa) **(No dejar en blanco)**

## SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE ESTADO DE SALUD Y VIH

El EIP debe confirmar su estado de salud y VIH a fin de procesar su solicitud. Si se mudó recientemente al estado de Washington, ¿le gustaría que intentáramos obtener esta información en su estado de residencia anterior para verificar el VIH?

De ser así, por favor indíquenos el estado en el que vivía antes: _____

De lo contrario, su proveedor de atención médica debe llenar la parte final de esta sección.

Por favor indique si ha resultado positivo para la hepatitis C: Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, ¿le gustaría obtener información acerca de medicamentos que pueden curar la hepatitis C?

Sí ☐ No ☐

Por favor envíenos este formulario con esta solicitud o pídale a su proveedor de atención a la salud que envíe directamente por correo o por fax. Puede llamarnos al (877) 376-9316 si tiene preguntas sobre este formulario.

### Sección para el cliente - Debe ser completada por el cliente

Nombre legal completo _____ Fecha de nacimiento _____ (mm/dd/aaaa)

_____ _____

Firma del Solicitante o Tutor Legal **(No dejar en blanco)** Fecha de hoy (mm/dd/aaaa) **(No dejar en blanco)**

Autorizo a mi proveedor de atención a la salud a divulgar la información contenida en este formulario al Departamento de Salud del Estado de Washington

### Sección de Proveedor de Atención a la Salud – A ser completada por el Proveedor de Atención a la Salud

**Por favor responda las siguientes preguntas sobre el paciente:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| VIH positivo (confirmado por laboratorio) | ☐ Sí | ☐ No | Fecha de la prueba:_____ |
| ¿Se ha recetado terapia antirretroviral (antiretroviral therapy, ART)? | ☐ Sí | ☐ No | Si responde que sí, Fecha de la prescripción:_____ |

**Firma del proveedor de atención médica.** Al firmar a continuación usted:

- Declara que es el proveedor de atención a la salud del paciente arriba mencionado.
- Confirma que tiene evidencia de la condición de VIH del paciente.
- Certifica que la información en este formulario es precisa y completa a su leal saber y entender.

_____ _____

Firma del Proveedor de Atención Médica **(No dejar en blanco)** Fecha de hoy (mm/dd/aaaa) **(No dejar en blanco)**

_____

Proveedor de atención médica (nombre en letra de imprenta por favor)

**Envíe por correo o fax a:**
**EIP at PO Box 47841 Olympia, WA, 98501**
**N.° de fax: 360-664-2216**

## SECCIÓN 3: INSCRIPCIÓN EN EL EHIP

El EIP se contrata con el administrador de beneficios del seguro Evergreen Health Insurance Program (EHIP) para ayudar a nuestros clientes con la inscripción en el seguro y los pagos de sus primas. Complete este formulario ÚNICAMENTE si necesita ayuda para inscribirse en un seguro, o si desea que el programa Evergreen Health Insurance Program (EHIP) pague las primas de su seguro

| **Primer nombre:** | **Apellido:** | **Inicial del 2º nombre** |
|---|---|---|
| **Fecha de nacimiento:** ___/___/____ | **Identificación del Programa de Intervención Temprana (Early Intervention Program, EIP):** | |

**¿HAN CAMBIADO SU DIRECCIÓN O SU NÚMERO DE TELÉFONO EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?** ☐ Sí ☐ No

Nueva dirección: _____
(Calle, número de unidad) (Ciudad, estado, código postal)

Nuevo número de teléfono: ( _____ )
Código de área

**¿HA USADO PRODUCTOS DE TABACO DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES?** ☐ Sí ☐ No

☐ Marque aquí si aún no tiene seguro, y necesita asistencia con la inscripción y el pago. Por favor, pase a las secciones requeridas en el reverso.

**Si ya está inscrito en un seguro, por favor proporcione la siguiente información del plan que desea que EHIP pague:**

| **Compañía de seguro** | **Nombre del plan** | | |
|---|---|---|---|
| **¿Qué tipo de plan de seguro es?**<br>☐ Plan de medicamentos con receta de Medicare (PDP) ☐ Seguro grupal / patrocinado por el empleador (ESI)<br>☐ Plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage (MA-PD)<br>☐ Atención a la salud para trabajadores con discapacidades (HWD)<br>☐ Plan individual (fuera del intercambio) ☐ Plan COBRA activo<br>☐ Plan de Salud Calificado en el Intercambio (QHP) ☐ No lo sé | | | |
| **¿A nombre de quién se emiten los cheques de la prima?** | **Su número de póliza** | | |
| **Dirección postal (para la prima)** | **Ciudad** | **Estado** | **Código postal** |
| **Número de teléfono de la compañía** | **Persona de contacto** | | |
| **Monto de la prima mensual** | **Deducible anual** | **Fecha de vencimiento de la próxima prima** | |
| **Este plan tiene:** ☐ Beneficios dentales ☐ Beneficios de la vista | | | |

**Por favor complete la autorización requerida en la página siguiente →**

Información de contacto para el EHIP

Main Line 206-323-2834 Toll Free 1-800-945-4256 ehip@ehip.org Fax: 206-323-0158

## Autorización para obtener información sobre el seguro (REQUERIDA)

**Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____**

**Número de Seguro Social o identificación del suscriptor: _____**

**Nombre de compañía de seguro / administrador COBRA / empleador a quien Evergreen enviará el pago ("Asegurador"):**

Divulgación de información. Autorizo al Asegurador que se menciona más arriba, y a su(s) administrador(es) del plan de salud, a debatir o divulgar Información Personal de Salud (Personal Health Information, PHI) o Información Personal Financiera (Personal Financial Information, PFI) al programa Evergreen Health Insurance Program ("EHIP") con el propósito limitado de realizar o coordinar pagos por los beneficios de mi plan de salud y verificar la elegibilidad para los servicios del EHIP. Entiendo que el Asegurador podrá divulgar PHI o PFI con respecto a la siguiente información: elegibilidad, facturación, estado de pago, beneficios, reclamos, información médica utilizada para tomar decisiones sobre pagos, proveedores, apelaciones y quejas sobre la cobertura de mi seguro de salud a través del Asegurador.

Asimismo, entiendo que es posible que la información PHI y PFI que se divulgue al EHIP ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad, y podría estar sujeta a nuevas divulgaciones por parte del EHIP, conforme a las condiciones de cualquier autorización que yo haya proporcionado al EHIP.

Sus derechos con respecto a esta Autorización:

- No requiere firmar esta autorización para recibir los beneficios de atención a la salud del Asegurador, pero **si no proporciona esta autorización al EHIP, es posible que el EHIP no pueda pagar las primas en su nombre**.
- Podrá revocar esta autorización en cualquier momento notificando al EHIP y al Asegurador, pero la revocación no se aplicará a las acciones que el Asegurador ya haya emprendido en base a su autorización. Luego de una revocación de este tipo, usted ya no será elegible para los servicios del EHIP. Su revocación debe ser por escrito y debe estar firmada por usted.
- Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información de salud protegida que está cubierta por esta autorización.
- Esta autorización permanecerá en vigencia hasta 6 meses después de la finalización de los beneficios con el Asegurador, salvo que se la revoque antes.

Firma y autorización. Por el presente, quien suscribe jura ser el Cliente antes mencionado, o un representante legal autorizado del Cliente antes mencionado. He leído y entiendo el contenido de este Formulario de Autorización. Mi autorización firmada es voluntaria, y tengo conocimiento de que la información que se divulgue podría incluir información protegida e individualmente identificable sobre mi persona.

X_____ _____
Firma del Cliente / Representante Legal Fecha de hoy (mm/dd/aaaa)

_____ _____
Nombre del Representante Legal en letra de imprenta Relación del Representante Legal con el Cliente

## Autorización para que Evergreen Health Insurance Program (EHIP) proporcione servicios (REQUERIDA)

Mientras sea elegible y esté inscrito para recibir del EHIP asistencia con la prima, accedo a permitir que el EHIP realice los pagos de la prima del seguro a mi compañía de seguro / administrador COBRA / empleador ("Asegurador") en mi nombre y proporcione al Asegurador toda actualización necesaria sobre mi cobertura o elegibilidad (por ejemplo, si me mudo, el EHIP podrá notificar al Asegurador acerca de mi nueva dirección y solicitar que el Asegurador actualice sus registros).

Entiendo que si pierdo mi elegibilidad para recibir servicios del EHIP (por ejemplo, porque ya no resido en el estado de Washington), el EHIP notificará al Asegurador que el EHIP ya no realizará pagos de la prima en mi nombre, y proporcionará el motivo de esta interrupción. **Entiendo que el Asegurador podría interrumpir la cobertura de mi seguro de salud cuando reciba esta notificación.**

Si el EHIP ha dejado de realizar pagos de la prima en mi nombre debido a que he perdido mi elegibilidad, y más adelante vuelvo a ser elegible para recibir asistencia con la prima, autorizo al EHIP a que reanude el pago y, de ser necesario, solicite al Asegurador restituir la cobertura de mi seguro de salud. Entiendo que la restitución está sujeta a las normas del Asegurador, y que podría ser necesario que yo vuelva a presentar una solicitud ante el asegurador a fin de reanudar la cobertura.

X_____ _____
Firma del Cliente / Representante Legal Fecha de hoy (mm/dd/aaaa)

_____ _____
Nombre del Representante Legal en letra de imprenta Relación del Representante Legal con el Cliente

# Lista de verificación para entregar una solicitud completa del EIP:

## ☐ Comprobante de nombre legal

Por favor proporcione una copia de alguno de los siguientes documentos para verificar su nombre completo legal:

- Licencia de conducir o tarjeta de identificación de cualquier estado (no importa si está vencida)
- Pasaporte

## ☐ Prueba de residencia en Washington

Si tiene una dirección residencial, por favor proporcione una copia de alguno de los siguientes documentos para verificar su residencia en Washington:

- Licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado de Washington
- Tarjeta de registro de votante de Washington
- Factura de servicio público (no se aceptan facturas de teléfonos celulares)
- Acuerdo de alquiler/renta/hipoteca

## ☐ Ingreso

Si usted y/o su familia tienen un ingreso, por favor proporcione la documentación requerida que aparece en la página 2 para todos los tipos de ingreso recibidos por cada persona.

## ☐ Tarjeta del seguro

Si tiene seguro por favor proporcione una copia de su tarjeta del seguro.

## ☐ La solicitud debe estar completada en tinta

## ☐ Solicitud completamente llena (secciones 1 y 2*), con todos los documentos, fechas y firmas solicitados.

*Incluya la sección 3 si también está solicitando ayuda con las primas. Sin embargo, tenga en cuenta que la solicitud no será considerada como incompleta sin la sección 3.

Para personas discapacitadas, este documento está disponible a su pedido en otros formatos. Para hacer su pedido, llame al 1-800-525-0127 (TDD/TTY llame al 711).