

AFFORDABLE CARE ACT (OBAMACARE) FORMULARIO DE ENTRADA

TIENE ACTUALMENTE COBERTURA MEDICA O CALIFICA PARA OTRA COBERTURA MEDICA PARA EL 2019? SI O NO

INFORMACION DEL APLICANTE

Nombre:		
Fecha de Nacimiento:	NSS:	Teléfono:
Dirección actual:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Correo Electrónico:	Es Ciudadano?: Si o No	Naturalizado o Nacido en U.S.A
Certificado de Ciudadanía o Certificado de Naturalización <i>(Seleccione una si aplica)</i> Tarjeta de Residencia: Si o No USCIS#:		Usted recientemente obtuvo elegibilidad en su estatus migratorio? Si o No Numero de atras:

FAMILIA Y OCUPANTES DE LA CASA

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACION	INGRESO	APLICANDO POR COBERTURA (SI O NO)

INGRESOS

Empleador Actual:		
Dirección del empleador:		
Teléfono:	Correo Electrónico:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Posición:	Ingreso Anual:	Espera usted tener la misma cantidad de ingresos en el 2018? Si o No
Califica usted por cobertura médica por medio de su actual empleador y/o calificará en el 2018? Si o No		

INFORMACION DE LA ESPOSA/ESPOSO SI ES UNA MEMBRECIA COMUN

Nombre:		
Fecha de Nacimiento:	NSS:	Teléfono:

INFORMACION DE EMPLEO DE SU ESPOSA/ESPOSO

Empleador Actual:		
Dirección de su empleador:		
Teléfono:	Correo Electrónico:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Posición:	Ingreso Anual:	Espera usted tener la misma cantidad de ingresos en el 2018? Si o No
Califica usted por cobertura médica por medio de su actual empleador y/o calificará en el 2018? Si o No		

PREGUNTAS ADICIONALES

Va a llenar su declaración de impuestos del 2018 ? Si o No	Alguno de los individuos mencionados mas arriba carece de discapacidad/ salud mental que afecte su capacidad de trabajo? Si o No
Reclamará algun dependiente en el 2018? Si o No	Algunas de las personas mas arriba se encuentra embarazada? Si o No
Es usted de origen Hispano, Latino o Español (opcional)? Si o No	Alguna de las personas mencionadas mas arriba recientemente fue adoptado/a o puesto en Cuidado de Crianza (Foster Care)? Si o No
Indio Americano o Nativo de Alaska? Si o No	Usted se mudó recientemente? Si o No
Algunas de las personas mencionadas arriba han contraído matrimonio recientemente? Si o No	Alguna de las personas mencionadas arriba posee seguro medico y/o perderá su cobertura dentro de los próximos 60 días? Si o No
Algun individuo mencionadas arriba ha sido liberado recientemente de la prisión? Si o No	Alguna de las personas mencionadas fue encontrada NO elegible para Medicaid o CHIP desde 11/01/17? Si o No
Alguna de las personas mencionadas arriba necesita ayuda con actividades de la vida cotidiana? Si o No	Alguna de las personas mencionadas paga una Pensión o préstamo estudiantil? Si o No

Declaración de aviso público: Yo, por este medio acepto que la información contenida en la presente ha sido proporcionada a mi mejor entendimiento. Yo entiendo que la información prevista por este medio va a ser única y exclusivamente usada para determinar mi elegibilidad a través de Healthcare.gov/ACA y no sera distribuida a terceros sin su consentimiento previo.

Firma del Apicante:	Fecha:
Firma de la esposa o esposo <i>(si es común)</i> :	Fecha:

**** Al finalizar la aplicacion, puede enviar un correo electronico a (apply@gottobeinsured.com) / Fax: 800-873-5906 / Dejar en la oficina ****