

nfAptSuite addressLine 1  
addressLine2  
city, state zipCode

Identificador del Caso: caseReference  
Trabajador del Caso: nfUserFullName  
Fecha en que se genero: nfDateGenerated  
Fecha de vencimiento: nfDueDate

nfAptSuite addressLine1  
addressLine2  
city, state zipCode

correspondentName  
nfAptSuite addressLine1  
addressLine2  
city, state zipCode

## Aviso de Renovacion de Asistencia Medica

Es tiempo de renovar su Seguro de Medicaid o NC Health Choice (Eleccion de Salud). Puede hacer la renovacion por correo, por teléfono o en persona.

### Por favor proporcione la información requerida y complete esta forma a mas tardar en:

- Conteste todas las preguntas en la forma
- Agregue la información faltante
- Si la información ha cambiado, escriba la nueva información
- Firme la forma
- **Regrese esta forma a mas tardar en nfDueDate**  
Si usted no regresa la forma antes de la fecha de vencimiento, usted puede perder su cobertura Medica (seguro medico).

Revisaremos sus respuestas usando información computarizada, incluyendo la Administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y otras fuentes. Si la información no concuerda, es posible que le pidamos que nos envíe más información.

Al aceptar el Medicaid o el Health Choice de Carolina del Norte usted entiende que la información se verificará y que usted está de acuerdo en permitir que la agencia obtenga la información necesaria de parte de otras agencias de gobierno, empleadores, proveedores de servicios de salud y otros para determinar su elegibilidad. El Medicaid y el NC Health Choice tienen derecho a buscar dinero que usted reciba de otras fuentes tales como pagos por seguros o demandas legales por las cuales Medicaid o NC Health Choice ha hecho pagos por usted o por alguna otra persona en su familia.

Las personas que son elegibles para Medicaid podrían ser elegibles para asistencia con transportación para sus citas de Medicaid.

Contacte al Departamento de Servicios Sociales si tiene preguntas o si necesita ayuda para obtener sus verificaciones o si necesita asistencia para completar esta forma.

Si usted no está registrado para votar en el lugar donde ahora reside, ¿desearía registrarse para votar (Tiene que ser ciudadano)? **SI**  **NO**

SI USTED NO MARCO NINGUNA DE LAS CASILLAS SE CONSIDERA QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR AHORA.

Si usted desea registrarse para votar o desea actualizar su información, puede hacerlo en [www.ncsbe.gov/NVRA/01](http://www.ncsbe.gov/NVRA/01) o pedir a su trabajador del caso del DSS la forma de registro y si necesita ayuda para completar la forma, el trabajador del caso le puede ayudar.

NCFast - 20020 SP (Rev. 6/17)

Servicios Económicos y Familiares - Economic and Family Services

Identificador del Caso: <Case Identifier>

El registrarse para votar o no, no afecta la cantidad de la asistencia provista por esta agencia. Si necesita ayuda para completar la forma de Registro para Votar le podemos ayudar. La decisión es de usted. Usted puede completar la forma de registro en privado. Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse para votar o en su derecho de seleccionar su partido político o alguna otra preferencia política, usted puede presentar una queja con la Barra de Elecciones de Carolina del Norte, PO Box 27255 Raleigh NC 27611-7255, o puede llamar al número gratuito 1-866-522-4723.

### Su información archivada aparece abajo

#### INFORMACIÓN DE CONTACTO

¿La información que aparece abajo es correcta? SI  NO

Si la información es INCORRECTA, escriba la información correcta.

Dirección Física

Tipo de Tel.

Numero de Tel.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Correo Electrónico: nfCustEmail

\_\_\_\_\_

Dirección Postal

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### GRUPO FAMILIAR - HOUSEHOLD

¿La información que aparece abajo de su grupo familiar es correcta? SI  NO

Si la información es INCORRECTA, escriba la correcta. Si alguien ya no está en el grupo familiar, proporcione la fecha en que se fue.

Nombre	Parentesco	Nació(fecha)	Ciudadano	SSN	Fecha en que se fue
--------	------------	--------------	-----------	-----	---------------------

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Díganos de otras personas en su grupo familiar o en su declaración de impuestos.

Nombre	Parentesco	Nació(Fecha)	Sexo
--------	------------	--------------	------

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marque aquí si esta persona tiene Medicaid o NC Health Choice

¿La agencia tiene el número de Seguro Social de esta persona o personas? SI  NO  Si respondió NO, por favor escríbalo \_\_\_\_\_

NOTA: Una persona puede optar por no dar el número de Seguro Social si no está solicitando (Pero ayuda el tenerlo)

Marque aquí si la persona o personas no tienen Medicaid o Health Choice pero desean solicitarlo.

**Por favor llene el Agregado A (Attachment A) si marcó esta caja.**

Por favor proporcione el número de Seguro Social de la persona o personas que están solicitando seguro de salud:

\_\_\_\_\_

**INFORMACION DE IMPUESTOS - TAX FILING INFORMATION**

Necesitamos información de las personas que declaran impuestos. Usted puede renovar aun si no hace declaración de impuestos.

¿La información de Declaración de Impuestos que aparece abajo es Correcta? SI  NO

Si la información es INCORRECTA, borre la información incorrecta y escriba la correcta.

Nombre	Estatus de Declaración	Casados(Filing Together)	Fecha de Inicio	Terminación
--------	------------------------	--------------------------	-----------------	-------------

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Alguna persona será reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?, escriba el nombre de la persona que hará la declaración y el nombre del dependiente o dependientes.

Nombre de la persona declarante	Nombre del dependiente
---------------------------------	------------------------

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Alguna persona hará declaración de impuestos federal el próximo año para declarar ingresos de este año?

Si respondió SI, dé el nombre de la persona que hará la declaración de impuestos: \_\_\_\_\_

**EMBARAZO - PREGNANCY**

¿La información de embarazo que aparece abajo es correcta? SI  NO

Si la información es INCORRECTA, borre la información incorrecta y escriba la correcta.

Nombre	Fecha en que nacerá	Numero de Unborn	Fecha Final	Razón de Terminación
Name	Due Date	Number of Unborn	End Date	End Reason

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Identificador del Caso: <Case Identifier>

**INGRESO - INCOME** (Incluya ingresos por empleo, empleado por cuenta propia, manutención de esposa, desempleo, beneficios del Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario, retiro, pensión, Ingreso de Indio Nativo de Alaska, Ingreso del extranjero, ingreso por inversiones, interés, ingreso de granja o pesca, ingresos por rentas, ganancia de capital, becas escolares, ingreso por título (Title), ingreso por una cantidad total, y ingresos por parte de una persona que el patrocina en los Estados Unidos. No incluya Manutención Infantil (Child Support), Compensación de Trabajador (Workers Compensation) o beneficios de veterano.

¿El ingreso que aparece abajo es correcto? SI  NO

Si respondió NO, escriba la información correcta abajo. Por favor incluya todas las nuevas fuentes de dinero.

Persona que tiene ingresos	Tipo de Ingreso	Cantidad bruta	Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha final
----------------------------	-----------------	----------------	------------	-----------------	-------------

**DEDUCCIONES - DEDUCTIONS** (Las deducciones permitidas incluyen, dinero de manutención (Alimony), gastos de educador, cuotas escolares, interés en préstamos escolares, contribuciones en cuentas de ahorro para servicios de salud, contribuciones de IRA, gastos de mudanza, y penalidad por retiro temprano de ahorros. Para personas que trabajan por su cuenta, las deducciones permitidas incluyen gastos de renta y royalty, ciertos gastos de negocios de reservistas, o artistas (performing artists) y tarifas de oficiales de gobierno (fee basis government officials), la parte deducible del impuesto para personas empleadas por su propia cuenta (Self Employee), deducciones de actividades de producción doméstica (Domestic Production Activities Deduction), deducción de seguro de salud, y SEP, SIMPLE y otros planes calificados.

¿La deducción que aparece abajo es correcta? SI  NO

Si respondió NO, tache la información incorrecta y escriba abajo la información correcta.

Persona que paga la deducción	Tipo de deducción	Cantidad	Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha final
-------------------------------	-------------------	----------	------------	-----------------	-------------

**SEGURO DE SALUD - MEDICAL INSURANCE**

¿La información de Seguro de Salud es Correcta y Completa? SI  NO

Si respondió NO, tache la información incorrecta y escriba la información la correcta.

Persona con cobertura	Persona que tiene la póliza	Numero de Póliza	Compañía	Fecha de inicio	Fecha final
-----------------------	-----------------------------	------------------	----------	-----------------	-------------

Marque aquí si a alguna persona se le ha ofrecido Seguro Médico a través del empleo, aun si la persona no se ha inscrito en el programa.



Identificador del Caso: <Case Identifier>

**NUEVO SOLICITANTE**

Diganos a cerca de las personas en su grupo familiar que desean solicitar Medicaid/Health Choice (Opcion de Salud). **No conteste estas preguntas si la persona ya esta recibiendo Medicaid/Health Choice.** Si son mas de una las personas solicitando, haga una copia de esta pagina.

Nombre de la persona solicitate:

(Nombre)	(Segundo Nombre)	(Apellido/Apellidos)	Sufijo
1. ¿Esta persona es ciudadana o nacional de los Estados Unidos?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si respondio NO, ¿la persona esta legalmentre en los Estados Unidos?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si respondio SI, ¿que tipo de documento tiene y ID (identificación)?			
Documento: _____ ID: _____			
<input type="checkbox"/> Marque aquí si la persona ha vivido en los Estados Unidos desde 1996.			
<input type="checkbox"/> Marque aquí, si esta persona o su esposa o esposo o padre es un veterano o un miembro activo militar de los Estados Unidos.			
2. ¿Esta persona vive con al menos un hijo de 19 años o menor y es la principal persona al cuidado de su hijo?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Esta persona tiene 18 años o menos y uno de los padres (padre o madre) vive fuera del grupo familiar?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. ¿Esta persona en un Indio Americano o un nativo de Alaska?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si respondio SI, ¿La persona es parte de una tribu reconocida por el gobierno federal?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nombre de la tribu: _____			
¿Esta persona ha recibido alguna vez Servicios de Salud India, o de algún programa de salud de la tribu?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si respondio NO, ¿La personas califica para recibir este tipo de servicios?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Esta persona tiene al menos 65 años?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Esta persona es deshabilitada?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Esta persona es invidente?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Esta persona requiere asistencia con actividades diarias (bañarse o vestirse)?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Esta persona necesita ayuda para pagar cuentas medicas de los últimos tres meses?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si respondio SI, liste los meses en los cuales tiene cuentas medicas: _____			