

# Formulario de auto certificación del cliente

## No elegible para la cobertura de seguro de salud

Con las oportunidades de seguro ofrecidas bajo la Ley de Seguro de Salud Asequible, el programa de conexión de cuidadores de salud de Delaware (HCC, en inglés) ha cumplido su propósito original de vincular a las personas de bajos recursos a los servicios de salud necesarios y calculó fecha de vigencia a partir del 1 de febrero de 2015 para individuos que son elegibles para Medicaid o para comprar cobertura de salud a través del mercado de seguro de salud.

Desde entonces, el HCC se ha enfocado en asegurar que aquellos que no son elegibles para adquirir seguro de salud continúen siendo atendidos. Para continuar recibiendo servicios, las personas de bajos ingresos en esta categoría necesitan entregar prueba de su inelegibilidad para adquirir cobertura de salud a través del mercado de seguro de salud.

Si usted está reclamando que no es elegible para adquirir cobertura de salud a través del mercado de seguro de salud, por favor revise primero los puntos de la lista de abajo. Aunque es opcional, también podría ser de ayuda si usted indica la circunstancia que lo hace inelegible.

Para certificar su inelegibilidad, por favor lea y complete este formulario, facilite su información de contacto donde se indica, fírmelo y devuélvalo.

<input type="checkbox"/>	<p><b>Necesario</b> <i>Certifico que no soy elegible para obtener cobertura de Medicaid o para comprar seguro de salud en el Mercado de seguro de salud.</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>Opcional:</b> <i>Por favor indique la circunstancia que lo hace inelegible o exento (opcional):</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p><i>La cobertura es inasequible</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p><i>Los ingresos de mi hogar están por debajo del umbral según mi declaración de impuestos, como lo determina el IRS.</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p><i>El costo acumulado del patrocinio de dos o más de los familiares con cobertura individual financiada por el empleador excede el 8 por ciento del ingreso familiar, así como el costo de cualquier cobertura patrocinada para toda la familia.</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p><i>Para algunos no ciudadanos: usted no es ni ciudadano, ni nacionalizado estadounidense o extranjero legalmente presente en los Estados Unidos.</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p><i>Otro: Por favor explique _____</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p>

--	--

Doy fe de que información facilitada es verdadera.

\_\_\_\_\_  
Nombre (Letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
(Firma)

Información de contacto:

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Por favor use este espacio para dar información adicional si es necesario.

\_\_\_\_\_