Familias con Hijos Menores de edad
Solicitud de asistencia médica

¡Postúlese más rápido en línea! Visite ApplyforKanCare.ks.gov.

Esta solicitud es para familias, menores de edad sin discapacidades y embarazadas.
Si usted está haciendo la solicitud en nombre de un menor de edad o adulto con una discapacidad, o para alguien de la tercera edad, use la *Solicitud de Asistencia Médica* para ***Adultos Mayores y Personas con Discapacidad***.

Asegúrese de lo siguiente:

1. **Responda** todas las preguntas de la solicitud.
2. **Firme** la solicitud en la página 30.
3. **Incluya** cualquier comprobante que desee enviar. No es necesario que envíe un comprobante ahora. Consulte en la página 31 la lista de comprobantes que tal vez necesitemos si no podemos conseguirlos por nuestra cuenta.
4. **Envíe por correo postal** su solicitud llenada y firmada a:
   KanCare Clearinghouse
   P.O. Box 3599
   Topeka, KS 66601-9738
   O envíela por fax al:
   1-800-498-1255

Contenido

	Página
A: Coméntenos sobre el solicitante principal	3
B: Coméntenos acerca de usted y de quiénes viven en su casa	4
C: Ayuda con facturas médicas en los últimos 3 meses	9
D: Información acerca del impuesto sobre la renta federal	10
E: Coméntenos sobre los cambios en su núcleo familiar	18
F: Deducciones de impuestos	18
G: Empleo y otras fuentes de ingreso de la familia	18
H: Seguro médico	22
I: Cobertura médica por empleo	23
J: Padre o madre que vive fuera de la casa	23
K: Nativo americano o de Alaska	25
L: Elija un plan de cobertura médica	26
M: Elija a alguien para que lo ayude con su caso	27
N: Lea y firme	28

Por ley, debemos mantener su información en privado. Solo utilizaremos la información de su solicitud para saber si usted cumple con los requisitos para recibir asistencia médica.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llámenos al **1-800-792-4884** (TTY 1-800-792-4292). La llamada es gratuita.

Disponemos de intérpretes gratuitos si necesita ayuda en otros idiomas.

العربية / ARABIC

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافرلك بالمجان. اتصل برقم 1-800-792-4884 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-792-4292).

မွန်မာ / BURMESE

သတိပြုရန် - အ ယ်၍ သင်သည် မြန်မာစ ား ု ပြောပါ ၊ ဘာသာစ ား အ ူ အညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွ ် စီစဉ်ဆောင်ရွ ်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် **1-800-792-4884** (TTY: **1-800-792-4292**) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

中文 / CHINESE

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-792-4884 (**TTY: **1-800-792-4292)**。

فارسی / FARSI

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-792-4884 (TTY: 1-800-792-4292) تماس بگیرید.

FRANÇAIS / FRENCH

Attention: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-792-4884** (ATS : **1-800-792-4292).**

DEUTSCHE / GERMAN

Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-792-4884** (TTY: **1-800-792-4292**).

HMOOB / HMONG

Lus Ceev: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau **1-800-792-4884** (TTY: **1-800-792-4292**).

日本語 / JAPANESE

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-792-4884** (TTY: **1-800-792-4292**) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 / KOREAN

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-792-4884** (TTY: **1-800-792-4292**) 번으로 전화해 주십시오.

한국어 / LAO

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ສຽສະຕາງ, ແມນ່ມພີອ້ມໃຫທ້ານ. ໂທຣ **1-800-792-4884** (TTY: **1-800-792-4292**).

РУССКИЙ / RUSSIAN

Внимание: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-792-4884** (телетайп: **1-800-792-4292**).

ESPAÑOL / SPANISH

Atención: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-792-4884** (TTY: **1-800-792-4292**).

SWAHILI

Kumbuka: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu **1-800-792-4884** (TTY: **1-800-792-4292**).

TAGALOG

Paunawa: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-792-4884** (TTY: **1-800-792-4292**).

TIẾNG VIỆT / VIETNAMESE

Chú ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-792-4884** (TTY: **1-800-792-4292**).

KC-1100-S 1/23

Para adultos que necesitan cobertura:

Incluya a las siguientes personas *aun si estas no están solicitando cobertura médica:*

- Cualquier cónyuge
- Cualquier hijo o hija menor de 21 años con el que vivan, incluidos los hijastros
- Cualquier otra persona que figure en la misma declaración de impuestos federales, incluidos los hijos mayores de 21 años que se incluyan en la declaración de impuestos de los padres. No necesita declarar impuestos para obtener cobertura médica.

Para niños menores de 21 años que necesitan cobertura:

Incluya a las siguientes personas *aun si estas no están solicitando cobertura médica:*

- Cualquier padre, madre, padrastro o madrastra con quien vivan
- Cualquier hermano/a con quien vivan
- Cualquier hijo o hija con el que vivan, incluidos los hijastros
- Cualquier otra persona que figure en la misma declaración de impuestos federales. No necesita declarar impuestos para obtener cobertura médica.

El clip significa que podemos pedirle pruebas más adelante. También puede enviarlas ahora. Consulte la lista en la página 31.

A Coméntenos sobre el solicitante principal

El solicitante principal es la persona que necesita asistencia médica.

Si la persona que necesita asistencia médica es un menor, el solicitante principal es el padre o la madre del menor, o el jefe de familia. Donde se lee “Usted mismo” o “Usted” también se refiere al solicitante principal.

Solicitante principal: Usted mismo *(o padre, madre o jefe de familia si el solicitante es menor de edad)*

Su nombre

Nombre	Segundo nombre	Apellido

Otros nombres usados (como el apellido de soltera)

Su información de contacto

Dirección **residencial**		Dirección **postal** (si es diferente de la dirección **residencial**)	
Ciudad	Estado	Ciudad	Estado
Condado	Código postal	Condado	Código postal

☐ Marque aquí si no tiene dirección residencial. Aun así tiene que proporcionar una dirección postal.

Teléfono de casa	Teléfono del trabajo
___ ___ ___–___ ___ ___–___ ___ ___ ___	___ ___ ___–___ ___ ___–___ ___ ___ ___

▶ Podemos contactarlo por:

☐ Correo electrónico Dirección de correo electrónico:

☐ Mensaje de texto Número de teléfono celular: __ __ __–__ __ __–__ __ __ __

¿Qué idioma **habla** en casa?	¿Qué idioma **lee y escribe** en casa?

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llámenos al **1-800-792-4884** (TTY **1-800-792-4292**). La llamada es gratuita.

B Coméntenos acerca de usted y de quiénes viven en su hogar

- Empiece por usted mismo (el solicitante principal; o padre, madre o jefe de familia si el solicitante es menor de edad).
- En esta solicitud, hay espacio para 6 personas. Las páginas 4-10 son para las personas 1, 2, 3 y las páginas 11-17 son para las personas 4, 5, 6.
- Si hay más de 6 personas en su hogar, saque suficientes copias de las **páginas 11-17** antes de llenarlas.

Use las copias para las personas 7, 8, 9 y así sucesivamente. Adjunte las copias a su solicitud.

1: Usted	Persona 2	Persona 3
Nombre de cada persona		
Nombre	Nombre	Nombre
Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre
Apellido	Apellido	Apellido
Otros nombres usados	Otros nombres usados	Otros nombres usados
¿Esta persona está solicitando asistencia médica?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
¿Cuál es el parentesco de cada persona con usted?		
La persona 1 es mi: ***Yo***	La persona 2 es mi:	La persona 3 es mi:
Género		
☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Masculino ☐ Femenino
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
/ /	/ /	/ /
Estado civil		
☐ Casado(a) (incluye unión de hecho, separado/a) ☐ No casado(a) (incluye divorciado/a, viudo/a)	☐ Casado(a) (incluye unión de hecho, separado/a) ☐ No casado(a) (incluye divorciado/a, viudo/a)	☐ Casado(a) (incluye unión de hecho, separado/a) ☐ No casado(a) (incluye divorciado/a, viudo/a)
¿Esta persona vive en el mismo domicilio que la persona 1?		
Deje en blanco	☐ No ☐ Sí ▶ **En caso negativo,** indique domicilio:	☐ No ☐ Sí ▶ **En caso negativo,** indique domicilio:

B

Continúe respondiendo a las preguntas sobre usted mismo, la persona 2 y la persona 3.

Persona 1 ***(continuación)***	**Persona 2** ***(continuación)***	**Persona 3** ***(continuación)***
Nombre completo	Nombre completo	Nombre completo
El año pasado, esta persona (marque todas las opciones que correspondan):		
☐ Cambió de empleo ☐ Dejó de trabajar ☐ Comenzó a trabajar menos horas ☐ Ninguna de las anteriores	☐ Cambió de empleo ☐ Dejó de trabajar ☐ Comenzó a trabajar menos horas ☐ Ninguna de las anteriores	☐ Cambió de empleo ☐ Dejó de trabajar ☐ Comenzó a trabajar menos horas ☐ Ninguna de las anteriores
¿Esta persona es menor de 26 años?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **Si la repuesta es sí,** ¿estaban en ciudado de crianza en el momento de cumplir los 18 años?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
¿Esta persona es menor de 23 años? **En caso afirmativo,** responda las 2 preguntas siguientes.		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ ¿Es estudiante de tiempo completo?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ ¿Tenía seguro médico a través de un trabajo **y** lo perdió en los últimos 3 meses?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** ¿cuál fue la fecha final y el motivo?		
Fecha final (mm/dd/aaaa) / /	Fecha final (mm/dd/aaaa) / /	Fecha final (mm/dd/aaaa) / /
Motivo	Motivo	Motivo

Necesitamos los números de Seguro Social (Social Security Number, SSN) de todos los que soliciten asistencia médica que tengan o puedan obtener un número de Seguro Social. Utilizamos los SSN para comprobar los ingresos y otra información para saber quién califica para recibir ayuda con la asistencia médica. Los miembros del hogar que **no** estén solicitando asistencia médica no tienen que dar su SSN. Pero si tenemos sus SSN, el proceso de solicitud puede ser más rápido. Si alguien no tiene número de Seguro Social, llame al **1-800-772-1213** o visite **www.socialsecurity.gov**. Si no proporciona su SSN, aún puede presentar la solicitud.

¿Cuál es el número de Seguro Social de esta persona?		
Número de Seguro Social ___ ___ ___–___ ___–___ ___ ___ ___	Número de Seguro Social ___ ___ ___–___ ___–___ ___ ___ ___	Número de Seguro Social ___ ___ ___–___ ___–___ ___ ___ ___

B Continúe respondiendo a las preguntas sobre usted mismo, la persona 2 y la persona 3.

Persona 1 ***(continuación)***	**Persona 2** ***(continuación)***	**Persona 3** ***(continuación)***
Nombre completo	Nombre completo	Nombre completo
¿Esta persona nació en EE. UU. o tiene la ciudadanía estadounidense? **Debe** responder esta pregunta si está solicitando asistencia médica.		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
¿Esta persona es un ciudadano por naturalización o ciudadano como consecuencia de la naturalización de sus padres? *(Esto usualmente significa que usted nació fuera de los EE. UU.)*		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** indique el número de extranjero y el número de certificado de esta persona.		
Número de extranjero (opcional)	Número de extranjero (opcional)	Número de extranjero (opcional)
Número de certificado (opcional)	Número de certificado (opcional)	Número de certificado (opcional)
Si esta persona **no** nació en los EE. UU. ni tiene la ciudadanía estadounidense, ¿tiene una condición migratoria elegible?		
☐ Sí	☐ Sí	☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** coméntenos más sobre la condición migratoria de esta persona.		
Tipo de documento	Tipo de documento	Tipo de documento
Condición migratoria (opcional)	Condición migratoria (opcional)	Condición migratoria (opcional)
Nombre tal como aparece en el documento migratorio	Nombre tal como aparece en el documento migratorio	Nombre tal como aparece en el documento migratorio
Número de extranjero o I-94	Número de extranjero o I-94	Número de extranjero o I-94
Número de tarjeta o número de pasaporte	Número de tarjeta o número de pasaporte	Número de tarjeta o número de pasaporte
Identificación SEVIS o fecha de expiración (opcional)	Identificación SEVIS o fecha de expiración (opcional)	Identificación SEVIS o fecha de expiración (opcional)
Otro (código de categoría o país de emisión)	Otro (código de categoría o país de emisión)	Otro (código de categoría o país de emisión)
¿Esta persona ha vivido en los EE. UU. desde 1996?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
¿Es esta persona, o su cónyuge, padre o madre, padre o madre, un veterano o un miembro en servicio activo del ejército de los EE. UU.?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí

B

Continúe respondiendo a las preguntas sobre usted mismo, la persona 2 y la persona 3.

Persona 1 ***(continuación)***	**Persona 2** ***(continuación)***	**Persona 3** ***(continuación)***
Nombre completo	Nombre completo	Nombre completo
¿Cuál es la **raza** de esta persona? Marque todas las opciones que correspondan. *Esta pregunta es opcional. No tiene que responderla.*		
☐ Nativo americano o de Alaska ☐ Indio Asiático ☐ Negro ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o Chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Nativo de Hawái ☐ Otros asiáticos ☐ Samoano ☐ Nativo de otras Islas del Pacífico ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Otro	☐ Nativo americano o de Alaska ☐ Indio Asiático ☐ Negro ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o Chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Nativo de Hawái ☐ Otros asiáticos ☐ Samoano ☐ Nativo de otras Islas del Pacífico ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Otro	☐ Nativo americano o de Alaska ☐ Indio Asiático ☐ Negro ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o Chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Nativo de Hawái ☐ Otros asiáticos ☐ Samoano ☐ Nativo de otras Islas del Pacífico ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Otro
¿Cuál es la **etnia** de esta persona? En caso de ser hispano/latino, marque todas las opciones que correspondan. *Esta pregunta es opcional. No tiene que responderla.*		
☐ Cubano ☐ Mexicano ☐ Mexicoamericano Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Otro	☐ Cubano ☐ Mexicano ☐ Mexicoamericano Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Otro	☐ Cubano ☐ Mexicano ☐ Mexicoamericano Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Otro
¿A algún miembro de su hogar se le ha liquidado, perdonado o cancelado la deuda de un préstamo estudiantil después del 1 de enero de 2018?		
☐ No ☐ Sí **En caso afirmativo,** responda lo siguiente.		
¿En qué año ocurrió la liquidación, el perdón o la cancelación?		
¿Cuál fue el monto que se liquidó, perdonó o canceló?		
$	$	$
¿Se liquidó, perdonó o canceló por discapacidad permanente o fallecimiento del estudiante?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí

B Continúe respondiendo a las preguntas sobre usted mismo, la persona 2 y la persona 3.

Persona 1 ***(continuación)***	**Persona 2** ***(continuación)***	**Persona 3** ***(continuación)***
Nombre completo	Nombre completo	Nombre completo
¿Esta persona está embarazada?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** ¿cuántos bebés se esperan?		
▶ **En caso afirmativo,** ¿cuál es la fecha prevista para el parto? Fecha estimada si se desconoce. (mm/dd/yyyy) *Esta pregunta es opcional. No tiene que responderla.*		
/ /	/ /	/ /
Responda a las siguientes 5 preguntas **solo** sobre las personas que solicitan asistencia. Para cualquier persona que no esté presentando una solicitud, vaya a la "Sección D: Información acerca del impuesto sobre la renta federal" en la **página 10**.		
Si esta persona está presentando una solicitud, ¿tiene una discapacidad que durará por lo menos 12 meses o provocará su fallecimiento?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
Si esta persona está presentando una solicitud, ¿necesita ayuda para pagar los costos de la atención en el hogar o en un sanatorio?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
Si esta persona está presentando una solicitud, ¿está recluida (en la cárcel o centro de detención)?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** ¿se enfrenta a la disposición de los cargos (esperan el resultado final de un arresto o proceso judicial)?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
Si esta persona está presentando una solicitud, ¿vive con al menos un menor de 19 años y es quien principalmente se hace cargo de él?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
Si esta persona está presentando una solicitud, ¿es menor de 19 años?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** díganos los nombres de los padres del menor:		
Padre/madre 1 Nombre, segundo nombre y apellido	Padre/madre 1 Nombre, segundo nombre y apellido	Padre/madre 1 Nombre, segundo nombre y apellido
Padre/madre 2 Nombre, segundo nombre y apellido	Padre/madre 2 Nombre, segundo nombre y apellido	Padre/madre 2 Nombre, segundo nombre y apellido

C Ayuda con facturas médicas en los últimos 3 meses

Estas preguntas se refieren a las facturas médicas y al lugar donde vivió en los 3 meses anteriores al mes en el que presenta la solicitud. Por ejemplo, si usted presenta la solicitud en agosto, estas preguntas son sobre los meses de mayo, junio y julio.

Sus respuestas nos ayudan a decidir si califica para la cobertura durante esos 3 meses. También verificamos si los residentes que no son ciudadanos cumplen con los requisitos para determinados servicios de emergencia.

Responda a las preguntas para usted, la persona 2 y la persona 3.

Persona 1 ***(continuación)***	**Persona 2** ***(continuación)***	**Persona 3** ***(continuación)***
Nombre completo	Nombre completo	Nombre completo
Responda a las siguientes 4 preguntas **solo** sobre las personas que están solicitando asistencia. Para cualquier persona que no esté presentando una solicitud, vaya a la "Sección D: Información acerca del impuesto sobre la renta federal" en la página 10.		
Si esta persona está presentando una solicitud, ¿dio a luz en los últimos 3 meses?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
Si esta persona está presentando una solicitud, ¿en los últimos 3 meses, recibió atención de emergencia para salvarle la vida, los órganos o la función corporal?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
Si esta persona está presentando una solicitud, ¿necesita ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
Si esta persona está presentando una solicitud, ¿ha vivido en otro estado que no sea Kansas en los últimos 3 meses?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** ¿cuándo se mudó esta persona a Kansas? (mm/dd/aaaa)		
/ /	/ /	/ /

D Información acerca del impuesto sobre la renta federal

Díganos cómo planean usted y su núcleo familiar presentar sus declaraciones de impuestos.
Continúe respondiendo a las preguntas sobre usted, la persona 2 y la persona 3.

Persona 1 ***(continuación)***	**Persona 2** ***(continuación)***	**Persona 3** ***(continuación)***
Nombre completo	Nombre completo	Nombre completo
Según su situación actual, ¿esta persona planea presentar una declaración del impuesto sobre la renta federal?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** ¿esta persona presentará la declaración junto con su cónyuge?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
En caso afirmativo, indique el nombre del cónyuge	**En caso afirmativo,** indique el nombre del cónyuge	**En caso afirmativo,** indique el nombre del cónyuge
▶ **En caso afirmativo,** ¿esta persona tiene dependientes en su declaración de impuestos?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
En caso afirmativo, indique los nombres de los dependientes	**En caso afirmativo,** indique los nombres de los dependientes	**En caso afirmativo,** indique los nombres de los dependientes
¿Esta persona es declarada como dependiente en la declaración de impuestos de alguien que **no** es miembro de su núcleo familiar?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
En caso afirmativo, ¿quién **declara** a la persona 1 como dependiente en su declaración de impuestos?	**En caso afirmativo,** ¿quién **declara** a la persona 1 como dependiente en su declaración de impuestos?	**En caso afirmativo,** ¿quién **declara** a la persona 1 como dependiente en su declaración de impuestos?
¿Cómo se relaciona la persona 1 con la persona que la **declara**? *Por ejemplo, la persona 1 es el/la* ***hijo/a*** *de la persona que lo declara.*	¿Cómo se relaciona la persona 2 con la persona que la **declara**? *Por ejemplo, la persona 1 es el/la* ***hijo/a*** *de la persona que lo declara.*	¿Cómo se relaciona la persona 3 con la persona que la **declara**? *Por ejemplo, la persona 1 es el/la* ***hijo/a*** *de la persona que lo declara.*

Si su núcleo familiar está conformado por menos de 3 personas, vaya a la "Sección E: Coméntenos sobre los cambios en su núcleo familiar" en la página 18.

B Coméntenos sobre las personas 4, 5 y 6

Responda las preguntas sobre la persona 4, la persona 5 y la persona 6 de su núcleo familiar. Si su núcleo familiar está conformado por menos de 3 personas, vaya a la "Sección E: Coméntenos sobre los cambios en su núcleo familiar" en la **página 18**.

Persona 4	Persona 5	Persona 6
Nombre de cada persona		
Nombre	Nombre	Nombre
Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre
Apellido	Apellido	Apellido
Otros nombres usados	Otros nombres usados	Otros nombres usados
¿Esta persona solicita asistencia médica?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
¿Cuál es el parentesco de cada persona con usted?		
La persona 4 es mi:	La persona 5 es mi:	La persona 6 es mi:
Género		
☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Masculino ☐ Femenino
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
/ /	/ /	/ /
Estado civil		
☐ Casado(a) (incluye unión de hecho, separado/a) ☐ No casado(a) (incluye divorciado/a, viudo/a)	☐ Casado(a) (incluye unión de hecho, separado/a) ☐ No casado(a) (incluye divorciado/a, viudo/a)	☐ Casado(a) (incluye unión de hecho, separado/a) ☐ No casado(a) (incluye divorciado/a, viudo/a)
¿Esta persona vive en el mismo domicilio que la persona 1?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso negativo,** indique domicilio:	▶ **En caso negativo,** indique domicilio:	▶ **En caso negativo,** indique domicilio:

B Continúe respondiendo a las preguntas sobre la persona 4, la persona 5 y la persona 6.

Persona 4 *(continuación)*	**Persona 5 *(continuación)***	**Persona 6 *(continuación)***
Nombre completo	Nombre completo	Nombre completo
El año pasado, esta persona (marque todas las opciones que correspondan):		
☐ Cambió de empleo ☐ Dejó de trabajar ☐ Comenzó a trabajar menos horas ☐ Ninguna de las anteriores	☐ Cambió de empleo ☐ Dejó de trabajar ☐ Comenzó a trabajar menos horas ☐ Ninguna de las anteriores	☐ Cambió de empleo ☐ Dejó de trabajar ☐ Comenzó a trabajar menos horas ☐ Ninguna de las anteriores
¿Esta persona es menor de 26 años?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** ¿se encontraban en un hogar de acogida temporal al cumplir los 18 años?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
¿Esta persona es menor de 23 años? **En caso afirmativo,** responda las 2 preguntas siguientes.		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ ¿Es estudiante de tiempo completo?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ ¿Tenía seguro médico a través de un trabajo **y** lo perdió en los últimos 3 meses?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** ¿cuál fue la fecha final y el motivo?		
Fecha final (mm/dd/aaaa) / /	Fecha final (mm/dd/aaaa) / /	Fecha final (mm/dd/aaaa) / /
Motivo	Motivo	Motivo

Necesitamos los números de Seguro Social (Social Security Number, SSN) de todos los que soliciten asistencia médica que tengan o puedan obtener un número de Seguro Social. Utilizamos los SSN para comprobar los ingresos y otra información para saber quién califica para recibir ayuda con la asistencia médica. Los miembros del hogar que **no** estén solicitando asistencia médica no tienen que dar su SSN. Pero si tenemos sus SSN, el proceso de solicitud puede ser más rápido. Si alguien no tiene número de Seguro Social, llame al **1-800-772-1213** o visite **www.socialsecurity.gov**. Si no proporciona su SSN, aún puede presentar la solicitud.

¿Cuál es el número de Seguro Social de esta persona?		
Número de Seguro Social ___ ___ ___–___ ___–___ ___ ___ ___	Número de Seguro Social ___ ___ ___–___ ___–___ ___ ___ ___	Número de Seguro Social ___ ___ ___–___ ___–___ ___ ___ ___

B Continúe respondiendo a las preguntas sobre la persona 4, la persona 5 y la persona 6.

Persona 4 ***(continuación)***	**Persona 5** ***(continuación)***	**Persona 6** ***(continuación)***
Nombre completo	Nombre completo	Nombre completo
¿Esta persona nació en EE. UU. o tiene la ciudadanía estadounidense? **Debe** responder esta pregunta si está solicitando asistencia médica.		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
¿Esta persona es un ciudadano por naturalización o ciudadano como consecuencia de la naturalización de sus padres? *(Esto usualmente significa que usted nació fuera de los EE. UU.)*		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** indique el número de extranjero y el número de certificado de esta persona.		
Número de extranjero (opcional)	Número de extranjero (opcional)	Número de extranjero (opcional)
Número de certificado (opcional)	Número de certificado (opcional)	Número de certificado (opcional)
Si esta persona **no** nació en los EE. UU. ni tiene la ciudadanía estadounidense, ¿tiene un una condición migratoria elegible?		
☐ Sí	☐ Sí	☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** coméntenos más sobre la condición migratoria de esta persona.		
Tipo de documento	Tipo de documento	Tipo de documento
Condición migratoria (opcional)	Condición migratoria (opcional)	Condición migratoria (opcional)
Nombre tal como aparece en el documento migratorio	Nombre tal como aparece en el documento migratorio	Nombre tal como aparece en el documento migratorio
Número de extranjero o I-94	Número de extranjero o I-94	Número de extranjero o I-94
Número de tarjeta o número de pasaporte	Número de tarjeta o número de pasaporte	Número de tarjeta o número de pasaporte
Identificación SEVIS o fecha de expiración (opcional)	Identificación SEVIS o fecha de expiración (opcional)	Identificación SEVIS o fecha de expiración (opcional)
Otro (código de categoría o país de emisión)	Otro (código de categoría o país de emisión)	Otro (código de categoría o país de emisión)
¿Esta persona ha vivido en los EE. UU. desde 1996?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
¿Es esta persona, o su cónyuge, padre o madre, un veterano o un miembro en servicio activo del ejército de los EE. UU.?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí

B Continúe respondiendo a las preguntas sobre la persona 4, la persona 5 y la persona 6.

Persona 4 ***(continuación)***	**Persona 5** ***(continuación)***	**Persona 6** ***(continuación)***
Nombre completo	Nombre completo	Nombre completo
¿Cuál es la **raza** de esta persona? Marque todas las opciones que correspondan. *Esta pregunta es opcional. No tiene que responderla.*		
☐ Nativo americano o de Alaska ☐ Indio Asiático ☐ Negro ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o Chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Nativo de Hawái ☐ Otros asiáticos ☐ Samoano ☐ Nativo de otras Islas del Pacífico ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Otro	☐ Nativo americano o de Alaska ☐ Indio Asiático ☐ Negro ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o Chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Nativo de Hawái ☐ Otros asiáticos ☐ Samoano ☐ Nativo de otras Islas del Pacífico ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Otro	☐ Nativo americano o de Alaska ☐ Indio Asiático ☐ Negro ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o Chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Nativo de Hawái ☐ Otros asiáticos ☐ Samoano ☐ Nativo de otras Islas del Pacífico ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Otro
¿Cuál es la **etnia** de esta persona? En caso de ser hispano/latino, marque todas las opciones que correspondan. *Esta pregunta es opcional. No tiene que responderla.*		
☐ Cubano ☐ Mexicano ☐ Mexicoamericano Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Otro	☐ Cubano ☐ Mexicano ☐ Mexicoamericano Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Otro	☐ Cubano ☐ Mexicano ☐ Mexicoamericano Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Otro
¿A algún miembro de su hogar se le ha liquidado, perdonado o cancelado la deuda de un préstamo estudiantil después del 1 de enero de 2018?		
☐ No ☐ Sí **En caso afirmativo,** responda lo siguiente.		
¿En qué año ocurrió la liquidación, el perdón o la cancelación?		
Cuál fue el monto que se liquidó, perdonó o canceló		
$	$	$
¿Se liquidó, perdonó o canceló por discapacidad permanente o fallecimiento del estudiante?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí

KC-1100-S 1/23

B Continúe respondiendo a las preguntas sobre la persona 4, la persona 5 y la persona 6.

Persona 4 ***(continuación)***	**Persona 5** ***(continuación)***	**Persona 6** ***(continuación)***
Nombre completo	Nombre completo	Nombre completo
¿Esta persona está embarazada?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** ¿cuántos bebés se esperan?		
▶ **En caso afirmativo,** ¿cuál es la fecha prevista para el parto? Fecha estimada si se desconoce. (mm/dd/yyyy) *Esta pregunta es opcional. No tiene que responderla.*		
/ /	/ /	/ /
Responda a las siguientes 5 preguntas **solo** sobre las personas que solicitan asistencia. Para cualquier persona que no esté presentando una solicitud, vaya a la "Sección D: Información acerca del impuesto sobre la renta federal" en la **página 17**.		
Si esta persona está presentando una solicitud, ¿tiene una discapacidad que durará por lo menos 12 meses o provocará su fallecimiento?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
Si esta persona está presentando una solicitud, ¿necesita ayuda para pagar los costos de la atención en el hogar o en un sanatorio?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
Si esta persona está presentando una solicitud, ¿está recluida (en la cárcel o centro de detención)?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** ¿se enfrenta a la disposición de los cargos (esperan el resultado final de un arresto o proceso judicial)?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
Si esta persona está presentando una solicitud, ¿vive con al menos un menor de 19 años y es quien principalmente se hace cargo de él?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
Si esta persona está presentando una solicitud, ¿es menor de 19 años?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** díganos los nombres de los padres del menor:		
Padre/madre 1 Nombre, segundo nombre y apellido	Padre/madre 1 Nombre, segundo nombre y apellido	Padre/madre 1 Nombre, segundo nombre y apellido
Padre/madre 2 Nombre, segundo nombre y apellido	Padre/madre 2 Nombre, segundo nombre y apellido	Padre/madre 2 Nombre, segundo nombre y apellido

C Ayuda con facturas médicas en los últimos 3 meses

Estas preguntas se refieren a las facturas médicas y al lugar donde vivió en los 3 meses anteriores al mes en el que presenta la solicitud. Por ejemplo, si usted presenta la solicitud en agosto, estas preguntas son sobre los meses de mayo, junio y julio.

Sus respuestas nos ayudan a decidir si califica para la cobertura durante esos 3 meses. También verificamos si los residentes que no son ciudadanos cumplen con los requisitos para determinados servicios de emergencia.

Responda a las preguntas para la persona 4, la persona 5 y la persona 6.

Persona 4 ***(continuación)***	**Persona 5** ***(continuación)***	**Persona 6** ***(continuación)***
Nombre completo	Nombre completo	Nombre completo
Responda a las siguientes 4 preguntas **solo** sobre las personas que solicitan asistencia. Para cualquier persona que no esté presentando una solicitud, vaya a la "Sección D: Información acerca del impuesto sobre la renta federal" en la **página 17**.		
Si esta persona está presentando una solicitud, ¿dio a luz en los últimos 3 meses?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
Si esta persona está presentando una solicitud, ¿en los últimos 3 meses, recibió atención de emergencia para salvarle la vida, los órganos o la función corporal?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
Si esta persona está presentando una solicitud, ¿necesita ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
Si esta persona está presentando una solicitud, ¿ha vivido en otro estado que no sea Kansas en los últimos 3 meses?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** ¿cuándo se mudó esta persona a Kansas? (mm/dd/aaaa)		
/ /	/ /	/ /

D Información acerca del impuesto sobre la renta federal

Díganos cómo planean usted y su núcleo familiar presentar sus declaraciones de impuestos.
Continúe respondiendo a las preguntas sobre la persona 4, la persona 5 y la persona 6.

Persona 4 ***(continuación)***	**Persona 5** ***(continuación)***	**Persona 6** ***(continuación)***
Nombre completo	Nombre completo	Nombre completo
Según su situación actual, ¿esta persona planea presentar una declaración del impuesto sobre la renta federal?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** ¿esta persona presentará la declaración junto con su cónyuge?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
En caso afirmativo, indique el nombre del cónyuge	**En caso afirmativo,** indique el nombre del cónyuge	**En caso afirmativo,** indique el nombre del cónyuge
▶ **En caso afirmativo,** ¿esta persona tiene dependientes en su declaración de impuestos?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
En caso afirmativo, indique los nombres de los dependientes	**En caso afirmativo,** indique los nombres de los dependientes	**En caso afirmativo,** indique los nombres de los dependientes
¿Esta persona es declarada como dependiente en la declaración de impuestos de alguien que **no** es miembro de su núcleo familiar?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
En caso afirmativo, ¿quién **declara** a la persona 4 como dependiente en su declaración de impuestos?	**En caso afirmativo,** ¿quién **declara** a la persona 5 como dependiente en su declaración de impuestos?	**En caso afirmativo,** ¿quién **declara** a la persona 6 como dependiente en su declaración de impuestos?
¿Cómo se relaciona la persona 4 con la persona que la **declara**? *Por ejemplo, la persona 1 es el/la* ***hijo/a*** *de la persona que lo declara.*	¿Cómo se relaciona la persona 5 con la persona que la **declara**? *Por ejemplo, la persona 1 es el/la* ***hijo/a*** *de la persona que lo declara.*	¿Cómo se relaciona la persona 6 con la persona que la **declara**? *Por ejemplo, la persona 1 es el/la* ***hijo/a*** *de la persona que lo declara.*

E Coméntenos sobre los cambios en su núcleo familiar

¿Ha cambiado el **tamaño** de su núcleo familiar en los últimos 3 meses porque alguien se mudó (al hogar o fuera del mismo)?

☐ No ☐ Sí **En caso afirmativo,** coméntenos sobre los cambios en el **núcleo familiar**:

¿Ha cambiado el **ingreso** de su núcleo familiar en los últimos 3 meses?

☐ No ☐ Sí **En caso afirmativo,** coméntenos sobre los cambios en el ingreso:

F Deducciones de impuestos

Indique las deducciones en su declaración anual de impuestos federales, tales como pensión alimenticia, intereses sobre préstamos estudiantiles, etc. Eso podría ayudar a reducir el costo de la asistencia médica. No incluya las deducciones relacionadas con el trabajo por cuenta propia. Si tiene más de 3 deducciones, saque una copia de esta página antes de llenarla. Adjunte la copia a su solicitud.

Deducción N.º 1	Deducción N.º 2	Deducción N.º 3
Nombre de la persona con la deducción	Nombre de la persona con la deducción	Nombre de la persona con la deducción
Tipo de deducción	Tipo de deducción	Tipo de deducción
Monto $	Monto $	Monto $
¿Con qué frecuencia?	¿Con qué frecuencia?	¿Con qué frecuencia?

G Empleo y otras fuentes de ingreso de la familia

Si necesita declarar más de 3 empleos en su familia, saque copias de las **páginas 18-19** antes de llenarlas. Adjunte las copias a su solicitud.

¿Alguien en su núcleo familiar tiene empleo?

☐ No ☐ Sí **En caso afirmativo**, coméntenos sobre **todos** los empleos de **todos** los miembros del núcleo familiar.

Empleo N.º 1	Empleo N.º 2	Empleo N.º 3
Nombre del trabajador	Nombre del trabajador	Nombre del trabajador
Nombre de la empresa	Nombre de la empresa	Nombre de la empresa
Domicilio de la empresa	Domicilio de la empresa	Domicilio de la empresa
Teléfono de la empresa	Teléfono de la empresa	Teléfono de la empresa

G

Empleo N.º 1 *(continuación)*	Empleo N.º 2 *(continuación)*	Empleo N.º 3 *(continuación)*
Nombre del trabajador	Nombre del trabajador	Nombre del trabajador
Ingreso **antes** de deducir cualquier impuesto o deducción:		
Esta persona gana $_____ cada: ☐ Hora ☐ Quincena ☐ Semana ☐ Mes ☐ 2 semanas ☐ Año	Esta persona gana $_____ cada: ☐ Hora ☐ Quincena ☐ Semana ☐ Mes ☐ 2 semanas ☐ Año	Esta persona gana $_____ cada: ☐ Hora ☐ Quincena ☐ Semana ☐ Mes ☐ 2 semanas ☐ Año
▶ ¿Qué deducciones se extraen del ingreso bruto antes de impuestos? Marque la casilla e indique el monto:		
☐ Seguro médico (cobertura dental, de la visión y por accidentes) $	☐ Seguro médico (cobertura dental, de la visión y por accidentes) $	☐ Seguro médico (cobertura dental, de la visión y por accidentes) $
☐ Cuentas de ahorro para gastos médicos (HSA) $	☐ Cuentas de ahorro para gastos médicos (HSA) $	☐ Cuentas de ahorro para gastos médicos (HSA) $
☐ Cuentas para gastos flexibles (FSA) $	☐ Cuentas para gastos flexibles (FSA) $	☐ Cuentas para gastos flexibles (FSA) $
☐ Cuentas de jubilación (401(k), IRA, etc.) $	☐ Cuentas de jubilación (401(k), IRA, etc.) $	☐ Cuentas de jubilación (401(k), IRA, etc.) $
☐ Seguro de vida $	☐ Seguro de vida $	☐ Seguro de vida $
☐ Otras deducciones: _____ $	☐ Otras deducciones: _____ $	☐ Otras deducciones: _____ $
Fecha del próximo pago de nómina (mm/dd/aaaa):		
/ /	/ /	/ /
¿Cuántas hora trabaja usualmente esta persona cada semana?		
Horas regulares / Horas extras	Horas regulares / Horas extras	Horas regulares / Horas extras
▶ Si en este empleo se paga por hora, ¿cuál es el pago por hora?		
Pago regular $ /h / Pago por hora extra $ /h	Pago regular $ /h / Pago por hora extra $ /h	Pago regular $ /h / Pago por hora extra $ /h
¿Alguno de estos empleos incluye propinas, comisiones o bonos?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** ¿de qué tipo? Marque todas las opciones que correspondan.		
☐ Propinas ☐ Comisiones ☐ Bonos	☐ Propinas ☐ Comisiones ☐ Bonos	☐ Propinas ☐ Comisiones ☐ Bonos
▶ **En caso afirmativo,** ¿cuál es el monto usual antes de deducciones?		
$	$	$
¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Mensualmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Trimestralmente ☐ Quincenalmente ☐ Anualmente	**¿Con qué frecuencia?** ☐ Semanalmente ☐ Mensualmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Trimestralmente ☐ Quincenalmente ☐ Anualmente	**¿Con qué frecuencia?** ☐ Semanalmente ☐ Mensualmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Trimestralmente ☐ Quincenalmente ☐ Anualmente

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llámenos al **1-800-792-4884** (TTY **1-800-792-4292**). La llamada es gratuita.

G

¿Alguien en su hogar trabaja por cuenta propia?

Tener un empleo por cuenta propia significa que la persona es su propio jefe. Esto incluye trabajos no especializados, cuidado de niños, jardinería, remoción de nieve, ventas de cosméticos, ingresos por alquileres, etc., aunque no sea su trabajo principal.

☐ No ☐ Sí **En caso afirmativo,** responda lo siguiente.

Si necesita declarar más de 3 empleos por cuenta propia, saque una copia de esta página antes de llenarla. Adjunte la copia a su solicitud.

Es posible que le pidamos que envíe sus declaraciones de impuestos personales y de sus negocios más recientes, incluidas todas las páginas y anexos.

Empleo por cuenta propia N.º 1	**Empleo por cuenta propia N.º 2**	**Empleo por cuenta propia N.º 3**
Nombre del trabajador autónomo	Nombre del trabajador autónomo	Nombre del trabajador autónomo
Nombre del negocio (en su caso)	Nombre del negocio (en su caso)	Nombre del negocio (en su caso)
¿Qué tipo de negocio es?	¿Qué tipo de negocio es?	¿Qué tipo de negocio es?
Este año, ¿cuál es el ingreso mensual estimado?		
$	$	$
Este año, ¿cuáles son los gastos mensuales estimados ?		
$	$	$
¿Han cambiado los ingresos o gastos mensuales desde que presentó su declaración de impuestos el año pasado?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** ¿por qué han cambiado?		

G

¿Alguien en su hogar obtiene ingresos de fuentes distintas al empleo?

☐ No ☐ Sí **En caso afirmativo,** responda lo siguiente.

No tiene la obligación de declarar algunos tipos de ingreso como Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), pagos a veteranos, manutención para menores de edad, ingresos tribales obtenidos de recursos naturales, tierras indígenas designadas en fideicomisos o venta de artículos de importancia cultural.

Si necesita declarar varios miembros del núcleo familiar que reciben alguno de los ingresos que se indican a continuación, saque copias de esta página antes de llenarla. Adjunte la copia a su solicitud.

Tipo o fuente de ingreso	Nombre de la persona que percibe este ingreso	Monto	¿Con qué frecuencia?	Número de reclamo, en su caso
Beneficios de Seguro Social ☐ No ☐ Sí		$		
Pagos de fideicomisos o rentas vitalicias ☐ No ☐ Sí		$		
Jubilación o pensión: ☐ No ☐ Sí		$		
Indemnización por accidentes de trabajo ☐ No ☐ Sí		$		
Desempleo ☐ No ☐ Sí		$		
Pagos de tribus ☐ No ☐ Sí		$		
Regalías de petróleo o derechos minerales ☐ No ☐ Sí		$		
Ventas por contrato ☐ No ☐ Sí		$		
Ingresos de alquileres ☐ No ☐ Sí		$		
Manutención conyugal derivada de un acuerdo, o de la modificación a un acuerdo, con fecha anterior al 31 de diciembre de 2018 ☐ No ☐ Sí		$		
Ganancias de lotería o apuestas por $80 000 o con fecha posterior al 1 enero de 2018. ☐ No ☐ Sí **En caso afirmativo,** cuándo: / /		$		
Otra fuente de ingresos: _____ ☐ No ☐ Sí		$		

H Seguro médico

Coméntenos sobre las pólizas de seguro médico que tengan los miembros de su núcleo familiar ahora o que hayan tenido en los últimos 3 meses. Por ejemplo, si hace la solicitud en agosto, incluya las pólizas de mayo, junio, julio y agosto. También incluya las pólizas de los miembros del hogar que son menores de 19 años. Si no sabe una respuesta, escriba "unknown" (desconocido).

Si necesita declarar más de 3 pólizas, saque una copia de esta página antes de llenarla.

Adjunte la copia a su solicitud.

Coméntenos sobre las pólizas de seguro médico que los miembros de su hogar tengan ahora o hayan tenido en los últimos 3 meses:

Póliza N.º 1	**Póliza N.º 2**	**Póliza N.º 3**
Nombre del titular de la póliza	Nombre del titular de la póliza	Nombre del titular de la póliza
SSN del titular de la póliza ___ ___ ___–___ ___–___ ___ ___ ___	SSN del titular de la póliza ___ ___ ___–___ ___–___ ___ ___ ___	SSN del titular de la póliza ___ ___ ___–___ ___–___ ___ ___ ___
Nombres de los miembros del núcleo familiar incluidos en esta póliza:	Nombres de los miembros del núcleo familiar incluidos en esta póliza:	Nombres de los miembros del núcleo familiar incluidos en esta póliza:
Nombre de la compañía de seguros	Nombre de la compañía de seguros	Nombre de la compañía de seguros
Domicilio de la compañía de seguros	Domicilio de la compañía de seguros	Domicilio de la compañía de seguros
Número de póliza	Número de póliza	Número de póliza
Número de grupo	Número de grupo	Número de grupo
Fecha inicial / / Fecha final / /	Fecha inicial / / Fecha final / /	Fecha inicial / / Fecha final / /
Si ya se venció, ¿por qué? (dejó el empleo, demasiado cara, etc.)	Si ya se venció, ¿por qué? (dejó el empleo, demasiado cara, etc.)	Si ya se venció, ¿por qué? (dejó el empleo, demasiado cara, etc.)
Tipo de cobertura	Tipo de cobertura	Tipo de cobertura
☐ Únicamente gastos catastróficos ☐ Dental ☐ Médico ☐ Hospital ☐ Cuidado a largo plazo ☐ Complemento de Medicare ☐ Medicamentos con receta ☐ Vista ☐ Otro: _____	☐ Únicamente gastos catastróficos ☐ Dental ☐ Médico ☐ Hospital ☐ Cuidado a largo plazo ☐ Complemento de Medicare ☐ Medicamentos con receta ☐ Vista ☐ Otro: _____	☐ Únicamente gastos catastróficos ☐ Dental ☐ Médico ☐ Hospital ☐ Cuidado a largo plazo ☐ Complemento de Medicare ☐ Medicamentos con receta ☐ Vista ☐ Otro: _____

I Cobertura médica por empleo

Responda a las preguntas de esta página y de la página siguiente únicamente si **ambas** afirmaciones son ciertas en lo que respecta a su núcleo familiar:

1. Alguien en su núcleo familiar puede obtener cobertura médica por empleo.
   y
2. El ingreso **bruto** de su familia antes de impuestos y las deducciones son **superiores** a los niveles que se indican en el folleto *Consejos útiles* incluido en esta solicitud.

Adjunte una copia de las **páginas 23-24** por cada empleo que ofrezca cobertura. Coméntenos sobre el **empleo** que ofrece cobertura.

Empleado	
Nombre completo del empleado	Número de Seguro Social (SSN) del empleado ____ ____ ____ – ____ ____ – ____ ____ ____ ____

Empleador		
Nombre del empleador	Número de Identificación del Empleador (EIN)	
Domicilio del empleador		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono del empleador ____ ____ ____ – ____ ____ ____ – ____ ____ ____ ____		

¿A quién podemos contactar en este trabajo para obtener información sobre la cobertura médica para los empleados?	
Nombre completo	Número de teléfono ___ ___ ___ – ___ ___ ___ – ___ ___ ___ ___
	Dirección de correo electrónico

¿Califica ahora o calificará en los próximos 3 meses para la cobertura ofrecida por este empleador?

☐ No **En caso negativo,** deténgase aquí y vaya a la Sección J en la **página 25**.
☐ Sí **En caso negativo**, responda las siguientes preguntas.

▶ Si se encuentra en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura?

Fecha en la que puede inscribirse (mm/dd/aaaa): / /

Indique los nombres de los miembros de su hogar que cumplen con los requisitos para la cobertura a través de este empleo

Nombre completo	Nombre completo
Nombre completo	Nombre completo
Nombre completo	Nombre completo

I

Coméntenos sobre el plan de cobertura médica ofrecida por el empleador.

¿El empleador ofrece un plan de cobertura médica que cumple con el estándar de valor mínimo? Vea la definición a la derecha.

☐ No ☐ Sí

Coméntenos sobre la prima (costo) para el plan **individual** de **menor** costo que se ofrece únicamente al empleado y que cumple con el **estándar de valor mínimo** (vea el recuadro de la derecha). No incluya planes familiares.

Si el empleador ofrece programas de bienestar, use el monto de la prima que el empleado pagaría después del descuento máximo por cualquier programa para **dejar de fumar**. No incluya los descuentos para otros programas de bienestar.

¿Cuánto pagaría el empleado por el plan MVS individual de menor costo ofrecido por el empleador?

Monto de la prima	¿Con qué frecuencia?
$	☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Quincenalmente ☐ Mensualmente ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

Estándar de valor mínimo (MVS)

Un plan de cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo si paga al menos el 60 % del costo total de los servicios médicos para una población estándar y ofrece cobertura sustancial de hospital y servicios médicos.

La mayoría de los planes provistos por los empleadores cumplen con el estándar de valor mínimo.

¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan, si se conoce?

☐ El empleador no proporcionará cobertura médica.
☐ El empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo que esté disponible **únicamente** para el empleado y que cumpla con el estándar de valor mínimo. La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Vea la pregunta anterior.
☐ No lo sé.

▶ ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas por este plan?

Monto de la prima	¿Con qué frecuencia?	Fecha del cambio (mm/dd/aaaa):
$	☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Quincenalmente ☐ Mensualmente ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente	/ /

J Padre o madre que vive fuera de la casa

¿Alguien en esta solicitud tiene un hijo menor de 19 años cuyo otro progenitor viva fuera del hogar?

☐ No ☐ Sí

▶ **En caso afirmativo,** se le pedirá a esa persona que coopere con la agencia que cobra la ayuda médica de un padre o madre ausente.
Si esa persona piensa que cooperar con el cobro de la ayuda médica le causará daño a ella o a sus hijos, puede decírselo a KanCare y es posible que no tenga que cooperar.

K Nativo americano o de Alaska

Llene esta página si usted o los miembros de su núcleo familiar son nativos americanos o de Alaska. Si necesita declarar más de 3 personas, saque una copia de esta página antes de llenarla. Adjunte las copias a su solicitud.

Coméntenos sobre los miembros de su familia que son nativos americanos o de Alaska.

Los nativos americanos (American Indians, AI) y los nativos de Alaska (Alaska Natives, AN) pueden obtener servicios de los Servicios de Atención Médica para Nativos Americanos, de los programas de atención médica tribales o de los programas de atención médica para nativos americanos en las ciudades. También es posible que ellos no tengan que pagar el costo compartido y puedan obtener períodos especiales de inscripción mensual. Responda a estas preguntas para asegurarse de que usted y su familia reciban la mayor ayuda posible.

Persona 1 AI o AN	Persona 2 AI o AN	Persona 3 AI o AN
Nombre completo	Nombre completo	Nombre completo
¿Esta persona es miembro de una tribu reconocida a nivel federal?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso afirmativo,** ¿cuál es el nombre de la tribu?		
Nombre de la tribu	Nombre de la tribu	Nombre de la tribu
¿Alguna vez esta persona ha recibido servicios o ha sido referida por el Servicio de Atención Médica para Nativos Americanos, un programa de atención médica tribales o un programa de atención médica para nativos americanos en las ciudades?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
▶ **En caso negativo,** ¿esta persona cumple con los requisitos para recibir servicios o ser referido por el Servicio de Atención Médica para Nativos Americanos, un programa de atención médica tribales o un programa de atención médica para nativos americanos en las ciudades?		
☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ No ☐ Sí
Cierto dinero recibido puede no contarse para Medicaid o CHIP. Indique cualquier ingreso (monto y frecuencia) que haya declarado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes: • Los pagos per cápita de una tribu provenientes de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías • Los pagos provenientes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca o arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras indígenas en fideicomisos por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y las antiguas reservas) • Dinero proveniente de la venta de artículos que tengan importancia cultural		
Monto del ingreso $	Monto del ingreso $	Monto del ingreso $
¿Con qué frecuencia?	¿Con qué frecuencia?	¿Con qué frecuencia?

L Elija un plan de cobertura médica

La mayoría de las personas aprobadas para la asistencia médica de Kansas reciben servicios a través de KanCare. Hay 3 planes de cobertura médica de KanCare a elegir. Lea el folleto *Extra Services Highlights* (Características destacadas de los Servicios Adicionales) que acompaña a esta solicitud, y luego elija su plan. Solo usaremos la información del plan médico si usted califica para la cobertura.

Si **usted** elige un plan, lo inscribiremos en el mismo si califica para KanCare. Si **no** lo elige, se le asignará un plan. Si no le gusta el plan que se le asignó, tendrá 90 días para cambiarlo. Recibirá un paquete de información sobre su plan. Para conocer más sobre los planes, visite www.KanCare.ks.gov.

Si usted **no** califica para un plan de KanCare, obtendrá información sobre otras coberturas y servicios por separado.

Elija un plan de cobertura médica para cada persona. Los planes pueden ser los mismos o diferentes.

Si hay más de 6 personas en su hogar, saque una copia de esta página antes de llenarla.
Adjunte la copia a su solicitud.

Persona 1	Persona 2	Persona 3
Nombre completo	Nombre completo	Nombre completo
☐ aetna Aetna Better Health® of Kansas	☐ aetna Aetna Better Health® of Kansas	☐ aetna Aetna Better Health® of Kansas
☐ sunflower health plan	☐ sunflower health plan	☐ sunflower health plan
☐ UnitedHealthcare	☐ UnitedHealthcare	☐ UnitedHealthcare

Persona 4	Persona 5	Persona 6
Nombre completo	Nombre completo	Nombre completo
☐ aetna Aetna Better Health® of Kansas	☐ aetna Aetna Better Health® of Kansas	☐ aetna Aetna Better Health® of Kansas
☐ sunflower health plan	☐ sunflower health plan	☐ sunflower health plan
☐ UnitedHealthcare	☐ UnitedHealthcare	☐ UnitedHealthcare

M Si tiene a alguien que lo ayude con su caso

Si tiene a alguien que lo ayude con su caso, esa persona también puede desempeñarse como su **representante médico** o **facilitador**. A continuación, elegirá una de las fechas para que termine la ayuda de un facilitador.

Si elige tener un **representante médico**, esa persona puede:

- Ayudarlo a llenar la solicitud
- Tomar decisiones sobre su caso
- Obtener copias de las cartas sobre su caso durante **y** después del proceso de solicitud
- Hablar con KanCare sobre su caso
- Usar su tarjeta médica para solicitar servicios para usted
- Solicitar una audiencia justa sobre su caso y representarlo en la audiencia
- **No** ser alguien que está tratando de cobrar una deuda médica en su contra o ser un empleado de un centro de enfermería

Si elige tener un **facilitador**, esa persona no puede ayudarlo a tomar decisiones sobre su caso. Usted se hará cargo de su caso. Su facilitador puede:

- Ayudarlo a llenar la solicitud
- Obtener copias de las cartas e información durante el proceso de solicitud, o hasta por un año

Elijo a esta persona para que actúe como mi: ☐ **Representante médico** ☐ **Facilitador**

Nombre completo	Nombre de la organización (en su caso)

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Número de teléfono	Dirección de correo electrónico

Esta persona es mi (padre, madre, amigo, abogado, etc.):

▶ Si elige un facilitador, ¿cuánto tiempo quiere que esta persona lo ayude con su caso? Marque una opción.

☐ Durante el proceso de solicitud o durante 6 meses, lo que tarde más en ocurrir
☐ Hasta 1 año después de la fecha en que yo firme esta solicitud en la **página 30**
☐ Hasta (mm/dd/aaaa) _____/_____ /_____
(no puede ser más de 1 año a menos que el facilitador sea su padre, madre, hijo/a o abogado/a)

Tutor, apoderado financiero o beneficiario del Seguro Social

▶ Si usted es un tutor, apoderado financiero o beneficiario del Seguro Social que llena esta solicitud para alguien, proporciónenos su información a continuación. También debe enviar comprobante de esto 📎.

Nombre completo

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Número de teléfono	Dirección de correo electrónico

N Lea y firme

Antes de enviar su solicitud, debe firmarla y fecharla en la **página 30**.

Lea la siguiente información. Luego **firme e indique la fecha** en los espacios correspondientes.

Entiendo que:

- Tengo derecho a un trato igualitario sin importar la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la condición de discapacidad, el género, la religión o las creencias políticas.
- La ley federal no permite la discriminación con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la condición de discapacidad ni el sexo. Puedo presentar una queja por discriminación en https://khap2.kdhe.state.ks.us/kfmam/civilrightscomplaint.asp.
- Tengo derecho a que la información que he proporcionado se mantenga en privado, a menos que esté directamente relacionada con la administración de los programas de asistencia médica de Kansas.
- Algunas o todas las personas para las que presento la solicitud pueden obtener una cobertura médica similar en virtud del programa de Medicaid, si califican.
- Tengo la responsabilidad de utilizar e informar sobre cualquier recurso de terceros, como seguros médicos, acuerdos judiciales, pagos para ayuda médica, fideicomisos, tutelas, etc., que puedan estar legalmente obligados a pagar alguno o todos los gastos médicos de las personas por las que presento la solicitud. Entiendo que se puede retener el pago de un servicio específico mientras se determina si no se ha utilizado un recurso de terceros.
- Cualquier pago que se me haga a través de un recurso de terceros por servicios médicos cubiertos por los programas de asistencia médica de Kansas se utilizará para pagar las facturas médicas correspondientes y que estos programas solo pagarán los servicios no cubiertos por ese recurso de terceros. Acepto cooperar con la unidad de subrogación médica en la búsqueda de esos recursos de terceros.
- Si recibo asistencia médica después de los 54 años o mientras esté en una institución, puede haber un reclamo contra mi patrimonio para recuperar los gastos médicos que se pagaron a mi favor. Entiendo que mi institución financiera será notificada de cualquier reclamo pendiente.
- Tengo la responsabilidad de leer y responder con veracidad todas las preguntas de esta solicitud. Comprendo que si proporciono información falsa o intencionalmente engañosa en esta solicitud, o si oculto información solicitada por la misma, estaré sujeto a sanciones por mis acciones.
- Tengo derecho a pedir una audiencia justa si no estoy de acuerdo con una decisión de la agencia o si creo que no siguieron todas las normativas federales y estatales.
  - » La oficina debe recibir mi solicitud de audiencia en el plazo de **33** días contados a partir de la fecha de la notificación de la decisión.
  - » Puedo solicitar la audiencia por teléfono o por correo postal:

    Teléfono: **1-800-792-4884** (TTY 1-800-792-4292)

    Correo postal: The Office of Administrative Hearings
    1020 S. Kansas Ave
    Topeka, KS 66612
- Puedo representarme a mí mismo en la audiencia o puedo tener a alguien que me represente. La decisión sobre la audiencia suele llegar en un plazo de 90 días a partir de la fecha de la solicitud de la misma.
- Si tengo una necesidad médica urgente, puedo solicitar una audiencia expedita (rápida):
  - » Debo enviar un comprobante de dicha necesidad emitido por un profesional médico junto con mi solicitud de audiencia.
  - » Si se aprueba, se programará una audiencia expedita lo antes posible.
  - » Si no se aprueba, la audiencia se programará en el tiempo habitual.

N Lea y firme *(continuación)*

- Tengo que proporcionar o solicitar un número de Seguro Social (SSN) para toda persona que solicite beneficios de salud y autorizo el uso de los SSN para administrar el programa. Los SSN también se utilizarán para ubicar registros en los sistemas informáticos de otras organizaciones como bancos, la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) y el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service).
- Soy responsable de proporcionar información correcta sobre los ingresos, el domicilio y la composición del hogar, así como informar sobre cualquier cambio durante el proceso de solicitud y mientras yo sea elegible.

Estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Entregar todo pago para la ayuda médica de todas las personas que reciban asistencia médica si los adultos del núcleo familiar califican para recibirla.
- Ayudar a los Servicios de Manutención Infantil (Child Support Services, CSS) a determinar y hacer cumplir las órdenes de manutención necesarias si los adultos del núcleo familiar califican para recibir asistencia médica.
- Pagar la prima del Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) cada mes si califico para ese programa. La prima puede ser tan baja como $0 o tan alta como $50, según mis ingresos.

Certifico lo siguiente:

- Que todas las personas para las que solicito cobertura médica y que cumplen con los requisitos son ciudadanos estadounidenses, nacionales o extranjeros con una condición migratoria legal. Puede que se requiera un comprobante de la condición migratoria.
- Bajo pena de perjurio, que mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender.

Autorizo lo siguiente:

- Que los pagos conforme a este programa se hagan directamente a los médicos, proveedores de servicios médicos u organizaciones de atención médica por los servicios médicos y otros servicios de salud cubiertos.
- Que los proveedores de servicios médicos den a conocer la información médica a:
  - » División de Finanzas para la Atención de la Salud del Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas (Kansas Department of Health and Environment, KDHE)
  - » Departamento de Niños y Familias (Department for Children and Families, DCF)
  - » Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas con Discapacidad de Kansas (Kansas Department for Aging and Disability Services, KDADS)
  - » Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
  - » Compañías aseguradoras
  - » Otros proveedores de servicios médicos contratados
- Que el KDHE, el DCF y el KDADS compartan la información médica con fines administrativos con otras agencias y contratistas.
- Bancos, cooperativas de crédito y todas las demás instituciones financieras para que proporcionen mi **información financiera** al KDHE, al DCF, al KDADS o a otros programas de beneficios para determinar si soy elegible. Lo permito hasta que mi solicitud sea denegada, mi elegibilidad termine o retire el permiso por escrito. Si me niego a dar el permiso o si lo retiro, mi solicitud puede ser denegada o puede que ya no sea elegible.
- A los grupos que se indican a continuación para que den a conocer al KDHE, al DCF, al KDADS o a otros programas de beneficios mi **información privada** necesaria para determinar si soy elegible:
  - » Empleadores
  - » Proveedores de servicios médicos
  - » Proveedores de seguros
  - » Proveedores de beneficios
  - » Otras personas o agencias según sea necesario

N Lea y firme *(continuación)*

Al firmar esta solicitud, declaro que:

- He leído y comprendo las condiciones anteriores.
- Entiendo que las leyes estatales y federales sobre la privacidad protegen toda la información que proporciono en esta solicitud.
- Esta autorización es válida a partir de la fecha de esta solicitud, que figura más adelante.
- Una copia de esta página de firma es tan válida como la original.

El solicitante principal debe firmar aquí	Fecha
Otro adulto que presenta la solicitud, como uno de los padres o un cónyuge, **puede** firmar aquí (opcional)	Fecha
Si el solicitante principal no puede firmar o firmó con una “X”, pídale a un **primer** testigo que firme aquí	Fecha
Si el solicitante principal no puede firmar o firmó con una “X”, pídale a un **segundo** testigo que firme aquí	Fecha
El representante médico puede firmar aquí (en su caso)	Fecha

Lista de comprobantes

Esta es una lista de los comprobantes que podemos necesitar. No es necesario que envíe algún comprobante ahora. Intentaremos conseguir dicho comprobante por otros medios. Es posible que lo contactemos más adelante para solicitarle este comprobante si no podemos conseguirlo por nuestra cuenta.

Comprobantes de ingresos

- **Si usted trabaja por cuenta propia**
  Es posible que le pidamos que envíe copias de todas las páginas y anexos de sus declaraciones de impuestos personales y de negocios más recientes.

- **Si tiene un empleo**
  Es posible que le pidamos que envíe copias de sus recibos de pago de los últimos 30 días o una declaración de su empleador que detalle sus ingresos brutos antes de las deducciones.

- **Si tiene otros ingresos**
  Es posible que le pidamos que envíe una copia del cheque o de la carta de beneficios que detalle el importe de los ingresos y la frecuencia con la que recibe el pago.

- **Si necesita ayuda con las facturas médicas sin pagar de los últimos 3 meses**
  Es posible que le pidamos que envíe copias de todos los recibos de pago o de los cheques que su familia haya recibido en los últimos 3 meses.

Comprobante de seguro médico

- **Si reporta que alguien del núcleo familiar tiene otro seguro médico**
  Es posible que le pidamos que envíe una copia del frente y del reverso de su tarjeta de seguro.

Recuerde:

1. **Responder todas las preguntas de la solicitud**

2. **Mencionar a todos los miembros de la familia, incluso si no necesitan asistencia médica**

3. **Incluir cualquier comprobante que desee enviar ahora**

4. **Firmar la solicitud en la página 30**

5. **Por último, enviar su solicitud llenada y firmada por correo postal o por fax a:**
KanCare Clearinghouse
P.O. Box 3599
Topeka, KS 66601-9738
Fax: 1-800-498-1255

Si no están registrados para votar donde viven ahora, ¿alguien en su hogar desea registrarse el día de hoy para votar?

☐ Sí ☐ No

- Sus respuestas no afectarán la asistencia que pueda recibir de esta agencia.
- Si marcó que **sí**, le enviaremos un formulario de registro de votantes. Si quiere, podemos brindarle ayuda para llenarlo. O bien, puede llenar el formulario en privado.
- Si cree que alguien ha interferido con:
  - su derecho a registrarse o no registrarse para votar
  - su derecho a la privacidad al decidir o hacer su solicitud para registrarse para votar
  - su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política

puede presentar una queja por correo postal o por teléfono:

Por correo postal
Kansas Secretary of State
Memorial Hall
120 SW 10th Avenue
Topeka, KS 66612-1594

Por teléfono
1-800-262-8683

KanCare

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llámenos al **1-800-792-4884** (TTY 1-800-792-4292). La llamada es gratuita.

KC-1100-S 1/23