



# Noticias importante sobre cómo mantener su Medi-Cal!

A partir de este año, la elegibilidad de Medi-Cal se determinará para la mayoría de la gente utilizando las reglas de impuestos sobre el ingreso e información de declaración personal. Medi-Cal contará el tamaño de su hogar y sus ingresos basados en su información de impuestos. Si no presenta declaración de impuestos; usted todavía puede recibir Medi-Cal.

Debido a que usted tiene Medi-Cal ahora, ya sabemos mucho acerca de usted. Lo que no sabemos es su información fiscal relacionado con los miembros del hogar. Para obtener esta información, necesitamos que usted llene los formularios que se adjuntan a esta carta.

Vamos a utilizar la información en estos formularios, junto con la información que ya sabemos acerca de usted, para ver si todavía califica para Medi-Cal. Por favor complete los formularios para usted mismo y los miembros de la familia que viven con usted o se reclaman en su declaración de impuestos. Sólo el jefe de familia (la persona que presenta declaración de impuestos) debe completar el "**Formulario Suplementario para la Solicitud de Información Fiscal de Hogares (RFTHI)**" y firmar los formularios. Sólo tiene que llenar estos formularios este año cuando lo movemos de las reglas actual de Medi-Cal a las reglas nuevas de Medi-Cal. En el futuro, vamos a tratar de volver a determinar su elegibilidad cada año basado en la información que tenemos sin pedir nada más de usted.

Ya que usaremos ahora su información de impuestos para determinar la elegibilidad de Medi-Cal, pueda ser que podamos comprobar electrónicamente la información que usted nos da para ver si todavía es elegible para Medi-Cal. Si somos en condiciones de hacerlo, es posible que no necesitemos ningunos documentos de papel adicionales distintas de los formularios incluidos. Si no podemos comprobar su información electrónicamente, le pediremos los documentos de papel. Usted sólo será pedido de enviar documentos en papel de la información que no pudimos comprobar por medios electrónicos.

Si no es elegible para Medi-Cal basado en las nuevas reglas, usted todavía puede calificar para otros programas de Medi-Cal, pero debemos comprobar primero su elegibilidad basada en información de impuestos para ver qué tipo de Medi-Cal usted es elegible a recibir.

Con el fin de ver si usted todavía es elegible para Medi-Cal, debe darnos la información en el Formulario Suplementario RFTHI. Usted debe darnos esta información para usted mismo y cada persona que vive con usted o se reclama en su declaración de impuestos.

**Nos tiene que dar esta información por \_\_\_\_\_**

Hay tres maneras en que nos puede dar esta información:

Por correo:

Usted puede darnos esta información completando los formularios enviados con esta carta. Debe completar un formulario RFTHI para usted mismo y cada persona que vive con usted o se reclama en su declaración de impuestos y un RFTHI Suplementario para su hogar. Por favor use el sobre con franqueo pagado para devolver el formulario.

Por teléfono:

Usted nos puede dar esta información por teléfono llamándonos al \_\_\_\_\_. Cuando llame, usted debe tener su más reciente declaración de impuestos federales disponible, si usted declara impuestos.

En persona:

Usted puede darnos esta información visitándonos al \_\_\_\_\_

**Recuerde, usted de darnos esta información por \_\_\_\_\_ o puede perder los beneficios de Medi-Cal.**

# Solicitud de Información Fiscal de Hogares(RFTHI)

Como completar esta formulario:

1. Conteste todas las preguntas en este formulario. Use tinta y letra de molde en sus respuestas. Si necesita más espacio, adjunte papel adicional a este formulario.
2. Lea la información acerca de usted y cada miembro de su hogar, incluyendo dependientes fiscales. Agregué cualquier información que falte. Si alguna información ha cambiado, edifique con la información correcta.
3. Firme y escriba la fecha en el formulario en la página 6.
4. **Regrese este formulario antes del \_\_\_\_\_** . Use el sobre con franqueo pagado para devolver el formulario. Si no devuelve este formulario antes de esta fecha, usted perderá su cobertura de Medi-Cal.

Lo que necesitamos:

Necesitamos información acerca de cada persona que vive en su hogar o que aparece en su declaración de impuestos, incluyendo:

- Las personas que reciben Medi-Cal ahora
- Las personas que no tienen Medi-Cal pero desean aplicar, y
- Las personas que viven en el hogar y no reciben Medi-Cal pero no desean solicitarlo

Si no califica para Medi-Cal:

Si usted no califica para Medi-Cal, revisaremos si califica para otros tipos de cobertura de salud. Tal vez enviaremos su información a otro programa para que puedan determinar si usted califica.

¿Necesita ayuda?

Llame a su Agencia de Medi-Cal al  
TTY:

**Debe completar uno de estos formularios para cada persona en su hogar y devolverlo al condado**

Número del caso (opcional)	SSN or ATIN/ITIN*	
Nombre del Individuo	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Dirección actual, número de apartamento	Ciudad	Código postal
Dirección postal, si es diferente de la anterior	Ciudad	Código postal

1. Esta persona está:  Empleado(a)  Trabajando por cuenta propia

2. Si esta persona está empleado(a) actualmente, incluya una lista de toda la información acerca de todos los tipos de ingresos recibidos incluyendo:

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_ Promedio de horas trabajadas por semana: \_\_\_\_\_

Salarios/Propinas (antes de impuestos): \_\_\_\_\_  Por hora  Dos veces al mes  Bimensual  Mensual  Anual

3. Si esta persona trabaja por cuenta propia, conteste las siguientes preguntas:

Tipo de Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Cuánto ingreso neto (ganancias después de gastos del negocio) recibirá este mes del trabajo por su cuenta?

\_\_\_\_\_

4. ¿Para esta persona, piensa presentar una declaración de impuestos federales sobre los ingresos el PRÓXIMO AÑO?  Sí, complete a-c  No, pase al c

a. ¿Va a presentar en forma conjunta con su cónyuge?

No  Sí, nombre de su esposo(a) \_\_\_\_\_

b. ¿Va a reclamar dependientes?  No  Sí, nombre de dependientes \_\_\_\_\_

c. ¿Va a ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?  No  Sí

Si la respuesta es sí, apunte el nombre del declarante de impuestos: \_\_\_\_\_ ¿Relación de esta persona al declarante de impuestos?

\_\_\_\_\_

5. Favor de contestar la siguiente pregunta solamente si esta persona es menor de 21 años de edad y es estudiante de tiempo completo:

¿Tenía esta persona seguro de salud a través de un trabajo y lo perdió en los últimos 12 meses?  Sí  No

6. ¿Fueron usted o cualquier otra persona en su familia que es de 26 años de edad o menos en el cuidado de crianza temporal a la edad de 18 años?  Sí  No

7. ¿Ha cambiado el estado migratoria o ciudadanía de esta persona en los últimos 12 meses?  Sí  No

Si la respuesta es sí, favor de explicar el cambio: \_\_\_\_\_

8. Es esta persona:  Hispano  Latino  Español  Indio (indígena de los EE.UU. de América) o Nativo de Alaska

Blanco  Negro o Afroamericano  Filipino  Chino  Japonés  Camboyano  Coreano

Vietnamita  Indio Asiático  Laosiano  Otro grupo Asiático, especifique: \_\_\_\_\_

Hawaiano Nativo  Guameño or Chamorro  Samoano  Otra o Raza Mixta

\*Número de Seguro Social (SSN) o Número de identificación del contribuyente para adopción (ATIN, por sus siglas en inglés) Número de identificación del contribuyente (ITIN, por sus siglas en inglés)

9. Renovación de cobertura en los próximos años:

Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para obtener ayuda para solicitar la cobertura de salud en los próximos años, estoy de acuerdo en permitir que el Mercado use datos sobre los ingresos, incluyendo información de las declaraciones de impuestos. El Mercado me enviará una notificación, me permitirá hacer algún cambio, y puedo optar por no en cualquier momento.

- 5 años (la máxima cantida de años permitidos), o por menos años
- 4 años
- 3 años
- 2 años
- 1 año

No use la información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

**\*\*Aviso:** La información de ingresos/declaración de impuestos es requerido para todos los miembros del hogar. Si otros miembros en la familia están empleados o trabajan por cuenta propia, ellos también necesitan completar las preguntas 1 - 4.

Sus derechos y responsabilidades

- Estoy firmando este formulario de renovación bajo pena de perjurio. Esto quiere decir que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario a lo mejor de mi conocimiento, y sé que puedo ser sujeto de sanciones según la ley federal si declaro información falsa o inexacta.
- Sé que tengo que avisar a Covered California si algo cambia y si es diferente de lo que escribí en este formulario. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar si alguien en mi hogar califica para la cobertura.
- Sé que bajo la ley federal, no se permite la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género, o por discapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación visitando al [hhs.gov/ocr/office/file](https://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- Si pienso que Covered California ha cometido un error, puedo apelar la decisión. Una apelación significa decirle a alguien en Covered California que pienso que la acción es equivocada, y pedir una revisión imparcial de la acción. Si es necesario, alguien de Covered California me explicará cualquier cosa acerca de esta solicitud.
- Entiendo que si no califico para otros tipos de cobertura de salud, Covered California puede enviar mi información a otro programa para que puedan ver si califico.

Declaro, bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del Estado de California que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

Firma

Fecha

# Formulario Suplementario para la Solicitud de Información Fiscal de Hogares (RFTHI)

## Complete este formulario para su hogar

Por favor copie este formulario si necesita más espacio.

**¿Alguien en el hogar tiene ingresos que no es de un trabajo?** *Otro ingreso es el dinero que recibe de otra cosa que no sea su trabajo. No incluyen pagos de mantenimiento de hijos, pagos para veteranos, o Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI). Vea la página 3 para información adicional.*

¿Alguien en el hogar tiene ingresos que no es de un trabajo?  Sí **Si la respuesta es sí, ¿quién?** \_\_\_\_\_

**Si la respuesta es sí,** conteste las preguntas abajo.  No **Si la respuesta es no,** vaya a "*Cambia su ingreso de mes a mes*" en esta página.

¿De dónde viene este ingreso?	¿Con qué frecuencia recibe esta persona este ingreso? (marque uno)	¿Cuánto? \$ _____
	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Cada dos semanas	
	<input type="checkbox"/> Diario: ¿Cuántas días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	
<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Pago por única vez		

¿Alguien en el hogar tiene ingresos que no es de un trabajo?  Sí **Si la respuesta es sí, ¿quién?** \_\_\_\_\_

**Si la respuesta es sí,** conteste las preguntas abajo.  No **Si la respuesta es no,** vaya a "*Cambia su ingreso de mes a mes*" en esta página.

¿De dónde viene este ingreso?	¿Con qué frecuencia recibe esta persona este ingreso? (marque uno)	¿Cuánto? \$ _____
	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Cada dos semanas	
	<input type="checkbox"/> Diario: ¿Cuántas días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	
<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Pago por única vez		

**¿Alguien en su hogar tiene deducciones?** *Si usted paga para ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federales sobre los ingresos, diciéndonos sobre ellos puede reducir el costo del seguro de salud. No incluya los gastos de trabajo por cuenta propia. Vea la página 3 para información adicional.*

¿Alguien en su hogar tiene deducciones?  Sí **Si la respuesta es sí, ¿quién?** \_\_\_\_\_

**Si la respuesta es sí,** conteste las preguntas abajo.  No **Si la respuesta es no,** vaya a la "*Información adicional que necesitamos*" en esta página.

Tipo de deducción <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada <input type="checkbox"/> Interés de préstamo estudiantil <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Con qué frecuencia recibe la persona esta deducción? (marque uno)	¿Cuánto? \$ _____
	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Cada dos semanas	
	<input type="checkbox"/> Diario: ¿Cuántas días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	
<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Pago por única vez <input type="checkbox"/> Anual		

¿Alguien en su hogar tiene deducciones?  Sí **Si la respuesta es sí, ¿quién?** \_\_\_\_\_

**Si la respuesta es sí,** conteste las preguntas abajo.  No **Si la respuesta es no,** vaya a la "*Información adicional que necesitamos*" en esta página.

Tipo de deducción <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada <input type="checkbox"/> Interés de préstamo estudiantil <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Con qué frecuencia recibe la persona esta deducción? (marque uno)	¿Cuánto? \$ _____
	<input type="checkbox"/> Por hora: ¿Cuántas horas por semana? _____ <input type="checkbox"/> Cada dos semanas	
	<input type="checkbox"/> Diario: ¿Cuántas días por semana? _____ <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	
<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Pago por única vez <input type="checkbox"/> Anual		

**Información adicional que necesitamos.** *Por favor conteste las siguientes preguntas que se aplican a usted o alguien en su hogar.*

¿Alguien en su hogar tiene 19 a 20 años de edad y estudiante de tiempo completo?  Sí  No

**Si la respuesta es sí, ¿quién?** \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar tiene una discapacidad física, mental, emocional, o del desarrollo?  Sí  No

**Si la respuesta es sí, ¿quién?** \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar necesita ayuda con cuidado a largo plazo o servicios en el hogar y en la comunidad?  Sí  No

**Si la respuesta es sí, ¿quién?** \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar está embarazada?  Sí  No **Si la respuesta es sí, ¿quién?** \_\_\_\_\_

**Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha de vencimiento?** \_\_\_\_\_ **¿Cuántos bebés se esperan?** \_\_\_\_\_

¿Alguien se ha movido en o de la casa en los últimos 12 meses?  Sí  No

**Si su respuesta es sí**, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su relación a esta persona? \_\_\_\_\_

¿En qué idioma le deberíamos escribir? \_\_\_\_\_ ¿En qué idioma desea que nosotros le hablemos? \_\_\_\_\_

Si alguien en su hogar ha cambiado su estado de ciudadanía/inmigración en los últimos 12 meses, indique el nombre(s) a continuación:

Nombre de la Persona (incluya primer nombre y apellido)	Nueva situación migratoria o de ciudadanía

## Ejemplos de ingresos que no es de un trabajo

Use esta lista para "¿Alguien en el hogar tiene ingresos que no es de un trabajo?"

- Beneficios de desempleo
- Beneficios de Seguro Social
- Ingresos de jubilación o pensión
- Ingresos de alquileres o regalías
- Pensión alimenticia recibida
- Ingresos por inversiones
- Ganancias de capital
- Ingresos de agricultura o de la pesca
- Deudas canceladas
- Cantidad ordenada por la corte
- Pago por la obligación de servir en un jurado
- Otros ingresos no de un trabajo

## Deducciones

Use esta lista para "¿Alguien en su hogar tiene deducciones?"

- Ciertos gastos del trabajo por cuenta propia
- Deducción de intereses de préstamos estudiantiles
- Costo de matrícula y cuotas
- Gastos de educador
- Contribución de cuenta individual de jubilación (IRA)
- Gastos de mudanza
- Pena en el retiro anticipado de los ahorros
- Deducción de una cuenta de ahorros para la salud
- Pensión alimenticia pagada
- Las actividades de producción doméstica deducción
- Ciertos gastos de negocios de reservistas, los artistas intérpretes y funcionarios de gobierno basado en honorarios