



Número de Caso: [Added by staff]
Solicitante Principal: [Added by staff]

Hemos recibido su solicitud; sin embargo, necesitamos más información de parte suya. Complete este formulario y devuélvalo a la oficina antes de by **[10 DAYS FROM MAILING]**.

Usted nos ha dicho que [INSERT NAME] es reclamado como dependiente de impuestos por [NAME/YOUR MOTHER/SOMEONE ELSE]. Necesitamos tener más información acerca de esta persona y de todas las personas listadas en esa declaración de impuestos. Vea la página 2 para más instrucciones.

Nombre de la Persona que completa el formulario: _____

Fecha: _____

Si usted necesita ayuda para completar este formulario, llámenos al 1-800-792-4884.

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Número del Seguro Social (SSN)*	Relación con [INSERT CASE NAME]	¿Tiene esta persona un ingreso? De ser así, envíe comprobante	De ser así, ¿de qué tipo? Algunos ejemplos: Salarios, Seguro Social, Compensación por Desempleo	¿Cuál es el monto mensual de ingresos?
<i>Declarante de impuestos N°1</i>	[INSERT TAX FILER NAME]	//			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$
<i>Declarante de impuestos N°2 Si declara en forma conjunta</i>		/ /			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$
<i>Persona Dependiente</i>		/ /			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$
<i>Persona Dependiente</i>		/ /			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$
<i>Persona Dependiente</i>		/ /			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$
<i>Persona Dependiente</i>		/ /			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$
<i>Persona Dependiente</i>		/ /			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$

*Necesitamos los números de Seguro Social (SSNs, por sus siglas en inglés) de todas las personas que solicitan asistencia médica. El SSN es opcional para las personas que no solicitan asistencia médica, pero si proporciona un SSN puede acelerar el proceso de solicitud. Utilizamos los SSNs para verificar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para ayuda con la asistencia médica. Si alguien no tiene un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite www.socialsecurity.gov

Comprobante de Ingresos

Necesitamos un comprobante de ingresos de todas las personas listadas en este formulario. Por favor envíe lo siguiente como comprobante:

- **Trabajo:** Envíe copias de talones de pago del último mes o una declaración de su empleador con sus ingresos brutos y fechas de pago del último mes.
- **Por cuenta propia:** Envíe su declaración de impuestos más reciente, con todas las páginas y adjuntos.
- **Otros Ingresos:** Envíe una copia de un cheque, carta de beneficios, orden judicial, etc. que muestre el monto del ingreso que reciben y con qué frecuencia.

Devuelta este Formulario

Si usted no devuelve este formulario junto con el comprobante de ingresos, su pedido de asistencia médica será denegado. Por favor devuelva el formulario e información de los ingresos a:

KanCare Clearinghouse o Fax 1-800-498-1255
P.O. Box 3599
Topeka, KS 66601-9738

Cómo Completar Este Formulario

Ingrese el nombre de la persona que está declarando los impuestos como Declarante de Impuestos N° 1. Si esta persona declara en forma conjunta, ingrese el nombre del cónyuge como Declarante de Impuestos N° 2. Ingrese los nombres de todas las otras personas en la declaración de impuestos como Dependientes. Luego responda todas las preguntas para cada persona.

Ejemplo: Kurt está solicitando asistencia médica para él y su niño. Kurt no vive con sus padres, Jane y Joe Smith, pero ellos lo reclaman como dependiente de sus impuestos. También reclaman a Katie, hermana de Kurt, como dependiente de impuestos. Kurt no tiene que incluirse en la lista en este formulario porque ya tenemos esta información. El ejemplo abajo muestra cómo Kurt debe completar este formulario.

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Número del Seguro Social (SSN)*	Relación con Kurt	¿Tiene esta persona un ingreso? De ser así, envíe comprobante	De ser así, ¿de qué tipo? Algunos ejemplos: Salarios, Seguro Social, Compensación por Desempleo	¿Cuál es el monto mensual de ingresos?
<i>Declarante de impuestos N°1</i>	<i>Jane Smith</i>	<i>10/15/68</i>	<i>111-11-1111</i>	<i>Madre</i>	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Si	<i>Sueldo</i>	<i>\$2300</i>
<i>Declarante de impuestos N°2</i>	<i>Joe Smith</i>	<i>6/11/65</i>	<i>222-22-2222</i>	<i>Padre</i>	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Si	<i>Sueldo</i>	<i>\$1700</i>
<i>Persona Dependiente</i>	<i>Katie Smith</i>	<i>8/23/96</i>	<i>333-33-3333</i>	<i>Hermana</i>	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<i>\$</i>