



Solicitante Principal:

Número de Caso:

Hemos recibido su solicitud; sin embargo, necesitamos más información de parte suya. Complete este formulario y devuélvalo a la oficina antes de by .

**Usted nos ha dicho que \_\_\_\_\_ es reclamado como dependiente de impuestos por \_\_\_\_\_. Necesitamos tener más información acerca de esta persona y de todas las personas listadas en esa declaración de impuestos. Vea la página 3 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	¿Tiene esta Persona un ingreso? De sar asi, envíe comprobante.	De ser así, ¿de qué tipo? Algunos ejemplos: Salarios, Seguro Social, Compensación por Desempleo	¿Cuál es el monto mensual de ingresos?
Declarante de impuestos N°1		/ /			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		\$
Declarante de impuestos N°2 Si declara en forma conjunta		/ /			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		\$
Persona Dependiente		/ /			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		\$
Persona Dependiente		/ /			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		\$
Persona Dependiente		/ /			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		\$
Persona Dependiente		/ /			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		\$
Persona Dependiente		/ /			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		\$

\* **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](http://www.socialsecurity.gov)

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 un trabajo por cuenta propia. Si tiene más de 4 deducciones, haga una copia de esta página antes de completar la información y envíela junto con este formulario.

Nombre de la persona que efectúa la deducción	Tipo de deducción	Monto de la deducción	¿Frecuencia? (semanal, bisemanal, quincenal, mensual)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Infórmenos sobre las deducciones descontadas del salario bruto antes de impuestos. Indique el nombre de la persona que tiene la deducción antes de impuestos y el nombre de su empleador. Indique el monto y la frecuencia de la deducción. Para cada trabajo que tenga deducciones antes de impuestos, ingrese el monto y la frecuencia. Para "Otras deducciones", indique el tipo. Si tiene deducciones para más de un trabajo, haga una copia de esta página antes de completar la información y envíela junto con este formulario.

Nombre del trabajador:	Empleador:	
Tipo de deducción antes de impuestos descontada de los ingresos brutos	Monto de la deducción	¿Frecuencia? (semanal, bisemanal, quincenal, mensual)
Seguro médico (cobertura dental, de la visión y por accidentes)	\$	
Cuentas de ahorro para gastos médicos (HSA)	\$	
Cuentas de jubilación (401(k), IRA, etc.)	\$	
Seguro de vida	\$	
Otras deducciones (indicar tipo):	\$	
Otras deducciones (indicar tipo):	\$	
Otras deducciones (indicar tipo):	\$	

## Prueba de ingresos

Esta es una lista de los comprobantes que podemos necesitar. No es necesario que envíe ningún comprobante ahora. Intentaremos obtener este comprobante por otros medios. Es posible que nos comuniquemos nuevamente con usted para solicitarle este comprobante en caso de no poder obtenerlo por nuestra cuenta.

- Trabajador asalariado – Podemos pedirle que envíe copias de sus talones de pago de los últimos 30 días o una declaración de su empleador que indique sus ingresos brutos antes de las deducciones.
- Trabajador por cuenta propia – Podemos pedirle que envíe copias de todas las páginas y anexos de sus declaraciones de impuesto sobre la renta personal y comercial más recientes.
- Otros ingresos – Podemos pedirle que envíe una copia del cheque o carta de beneficios con el monto de sus ingresos y la frecuencia con que se recibe el pago.

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

## 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?
Declarante de impuestos N°1	Jane Smith	10/15/68	111-11-1111	Madre	<input type="checkbox"/> No x Si	Sueldo	\$2300
Declarante de impuestos N°2	Joe Smith	6/11/65	222-22-2222	Padre	<input type="checkbox"/> No x Si	Sueldo	\$1700
Persona Dependiente	Katie Smith	8/23/96	333-33-3333	Hermana	X No <input type="checkbox"/> Si		\$