

# ACA Inscripción Previa Cuestionario



## STEP 1

### HÁBLANOS SOBRE USTED

Nombre, Segundo Nombre, Apellido

Dirección

Numero de apartamento

Domicilio

Ciudad

Código Posta

Condado

Numero de Teléfono

Teléfono Alternativo

Correo Electrónico

Fecha de Nacimiento

Date of Birth (mm/dd/yyyy)

Género

Hombre  Mujer

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fuma Usted?  Si  No      Esta Embarazada?  Si  No

Ciudadano Estadounidense?  Si  No     Autorizacion de Trabajo  Tarjeta de Residente  Número de registro de Extranjero \_\_\_\_\_

Usted tiene una condicion fisicam mental, O emcional de la salud que cause limitaciones en actividades (como bañarse, vestir, tareas diarias, etc.)?  Si  No  
vivi en una clinica medica de la facilidad o de reposo?  Si  No

## STEP 2

### INFORMACION ACTUAL DEL TRABAJO Y DE LA RENTA

Empleado     Independiente     Casado     Soltero     Soltera

Ingresos de la familia en 2014 \_\_\_\_\_  Impuesto de archivo reclamar juntos     Dependants

Estemado ingresos para 2015 \_\_\_\_\_

Usted tiene up presupuesto mensual establecido para el seguro médico?  Si  No

Usted tiene una cuenta de cheques?  Si  No

## STEP 3

### HABLARNOS DE SU FAMILIA

#### Cónyuae

(Asegurado adicional)

Nombre, Segundo Nombre, Apellido

Relacion?

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)

Genero

Hombre  Mujer

Seguridad Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fuman?  Si  No

We need this if you want health coverage and have a SSN

#### Dependiente 1

Nombre, Segundo Nombre, Apellido

Relacion?

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)

Genero

Hombre  Mujer

Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fuman?  Si  No

We need this if you want health coverage and have a SSN

#### Dependiente 2

Nombre, Segundo Nombre, Apellido

Relacion?

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)

Genero

Hombre  Mujer

Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fuman?  Si  No

We need this if you want health coverage and have a SSN

#### Dependiente 3

Nombre, Segundo Nombre, Apellido

Relacion?

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)

Genero

Hombre  Mujer

Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fuman?  Si  No

We need this if you want health coverage and have a SSN

## STEP 4

Usted o tu familia tiene segura de salud ahora?

Si  No

Individual  Medicaid  Florida KidCare  Cubierto en el trabajo

## FIRMA



## RECONOCIMIENTO DE PPACA ASISTENCIA DE INSCRIPCIÓN

Regions Health Group DBA Compass Health Insurance utiliza agentes de seguro de salud en el estado de la Florida y certificados por CMS para asistir a los clientes potenciales en el proceso de inscripción a través de [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)

En la búsqueda de ayuda, entiendo y acepto que:

- Toda la información proporcionada en relación con los ingresos del hogar, estado civil, condición de ciudadanía y todas las otras preguntas/respuestas son exactas a lo mejor de mi conocimiento
- Si la prueba de ingresos es requerida por el Marketplace, ni RHG ni sus agentes son responsables, obligados a asistir o aconsejar en la preparación de la prueba.
- Si se producen cambios en la información facilitada en el momento de la inscripción, estoy de acuerdo en contactar el Marketplace para hacer (Correcciones porque un cambio podría afectar la elegibilidad/estado de miembro(s) de mi hogar.)
- La información personal sólo se utiliza para determinar la elegibilidad de la compra de un plan de salud y se mantendrá en privado, de acuerdo con la ley.

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Agente de Registro Imprimir Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Regions Health Group DBA Compass Health no discrimina por razones de raza, color, sexo, edad, orientación sexual, nacionalidad, identidad de género o discapacidad.*