

**FORMULARIO NUEVO MIEMBRO EN EL HOGAR**
**NUMERO DE CUENTA FAMILIAR:** \_\_\_\_\_

Si hay Nuevos Miembros de su Familia en su hogar por favor complete este formulario. Haga copias de este formulario si es que hubiese más de dos nuevos miembros. Si hay Nuevos Miembros también añada su información al formulario de Declaración de Impuestos Federales incluido en esta carta.

<b>NUEVO MIEMBRO DEL HOGAR 1</b>		1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, Sufijo	
2. Relación con el 1er Padre/Guardián		3. Relación con el 2do Padre/Guardián	
4. Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	5. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	6. Número de Seguridad Social (SSN) ____ - ____ - ____	
7. ¿La Nueva Miembro del Hogar esta embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si lo está</b> , ¿Cuantos bebés está esperando? _____ Fecha de parto: ____ / ____ / ____			
8. ¿Necesita el Nuevo Miembro del Hogar cobertura de salud? (Aún si tuviera seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o de menor costo.) <input type="checkbox"/> <b>SI. Si respondió sí</b> , responda las siguientes preguntas. <input type="checkbox"/> <b>NO. Si respondió no</b> , no responda las otras preguntas			
9. ¿El Nuevo Miembro del Hogar es ciudadano o natural de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
10. ¿Si el Nuevo Miembro del Hogar no es ciudadano o natural de los EE.UU., tiene un status de inmigración elegible? <b>Si la respuesta es Sí</b> . Escriba el tipo de documento y el numero a continuación: a. Tipo de documento de Inmigración _____ b. Número del documento (ID) _____ c. ¿Ha vivido en los EE.UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. ¿El/Ella, o su esposo/a o padre es un veterano o miembro activo de las fuerzas militares de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Por favor responda las siguientes preguntas si el Nuevo Miembro del Hogar es MENOR de 19 años.</b>			
11. ¿Tuvo el Nuevo Miembro del Hogar seguro de salud y lo perdió en los últimos 2 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. <b>Si respondió Sí</b> , fecha en que terminó: ____ / ____ / ____ b. Razón por la terminó: _____			
12. ¿Está enrolado el Nuevo Miembro del Hogar en Cobertura de Salud, ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. <b>Si respondió Sí</b> , nombre del Seguro: _____ b. Número de póliza _____			
13. Raza (OPCIONAL—marque todos los que sean aplicables.) <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Hispana o Latina <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra _____			

<b>NUEVO MIEMBRO DEL HOGAR 2</b>		1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, Sufijo	
2. Relación con el 1er Padre/Guardián		3. Relación con el 2do Padre/Guardián	
4. Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	5. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	6. Número de Seguridad Social (SSN) ____ - ____ - ____	
7. ¿La Nueva Miembro del Hogar esta embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si lo está</b> , ¿Cuantos bebés está esperando? _____ Fecha de parto: ____ / ____ / ____			
8. ¿Necesita el Nuevo Miembro del Hogar cobertura de salud? (Aún si tuviera seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o de menor costo.) <input type="checkbox"/> <b>SI. Si respondió sí</b> , responda las siguientes preguntas. <input type="checkbox"/> <b>NO. Si respondió no</b> , no responda las otras preguntas			
9. ¿El Nuevo Miembro del Hogar es ciudadano o natural de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
10. ¿Si el Nuevo Miembro del Hogar no es ciudadano o natural de los EE.UU., tiene un status de inmigración elegible? <b>Si la respuesta es Sí</b> . Escriba el tipo de documento y el numero a continuación: a. Tipo de documento de Inmigración _____ b. Número del documento (ID) _____ c. ¿Ha vivido en los EE.UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. ¿El/Ella, o su esposo/a o padre es un veterano o miembro activo de las fuerzas militares de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Por favor responda las siguientes preguntas si el Nuevo Miembro del Hogar es MENOR de 19 años.</b>			
11. ¿Tuvo el Nuevo Miembro del Hogar seguro de salud y lo perdió en los últimos 2 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. <b>Si respondió Sí</b> , fecha en que terminó: ____ / ____ / ____ b. Razón por la terminó: _____			
12. ¿Está enrolado el Nuevo Miembro del Hogar en Cobertura de Salud, ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. <b>Si respondió Sí</b> , nombre del Seguro: _____ b. Número de póliza _____			
13. Raza (OPCIONAL—marque todos los que sean aplicables.) <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Hispana o Latina <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra _____			