

## Formulario de autodeclaración del solicitante

### No elegible para la cobertura médica

La misión de los programas Screening for Life y Health Care Connection es contactar a los residentes de bajos ingresos con los servicios de atención médica que necesitan. Las personas que son elegibles para Medicaid o que pueden adquirir una cobertura de seguro médico a través del Mercado de Seguros Médicos no son elegibles para los servicios de Screening for Life o Health Care Connection a menos que califiquen para alguna de las exenciones que se nombran a continuación.

Si está alegando que no es elegible para adquirir un seguro en el Mercado de Seguros Médicos, marque el primer elemento que se enumera en el formulario a continuación e indique la circunstancia que lo hace no elegible.

Para confirmar que no es elegible, lea y complete este formulario, brinde su información de contacto donde se indica, fírmelo y devuélvalo.

**Obligatorio:**

Declaro que no soy elegible para obtener cobertura de Medicaid o adquirir un seguro en el Mercado de Seguros Médicos.

**Circunstancia** (seleccione una opción):

- La cobertura es inasequible.
- Los ingresos de mi unidad familiar están por debajo del umbral de declaración de impuestos, según lo determinado por el Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés).
- El costo agregado de la cobertura exclusiva ofrecida por el empleador para dos o más miembros de la familia supera el 8 % de los ingresos de la unidad familiar, al igual que el costo de cualquier cobertura disponible ofrecida por el empleador para toda la familia.
- Ciertas personas sin ciudadanía: no es ciudadano de los Estados Unidos, nacional de los Estados Unidos ni extranjero con residencia legal en los Estados Unidos.

**Declaro que la información proporcionada es verdadera.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2025  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
N.º de identificación de  
Screening for Life (SFL)

**Información de contacto:**

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección física