

Lista de verificación de preinscripción

Utilice esta lista de verificación para ayudarle a recopilar la información que necesita para solicitar un plan de seguro médico de bajo costo que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. BeWell es el único lugar donde puede ser elegible para asistencia financiera, cobertura médica de bajo costo o sin costo.

¿Qué necesito para postularme?

- ☐ **Información básica.** Nombres y fechas de nacimiento de cada persona en su hogar.
- ☐ **Dirección postal de su casa.** Si alguien en su unidad familiar tiene una dirección postal diferente, también la necesitará.
- ☐ **Números de Seguro Social.** Deberá proporcionar el número de Seguro Social de cada persona en su hogar que busque cobertura. Si deja esto en blanco, es posible que se le pida que proporcione más información en una fecha posterior.
- ☐ **Información de documentos de inmigración.** ¿Es alguien en su solicitud un inmigrante legal? Si es así, se le pedirá que proporcione información de los documentos de inmigración.
- ☐ **Información de ingresos.** Deberá proporcionar el nombre del empleador y la información de ingresos de todos los miembros de su hogar Y sus ingresos del Seguro Social (Formulario 1040 federal).
- ☐ **Cómo declara sus impuestos.** Si hace declaraciones de impuestos federales sobre la renta, es posible que se le pregunte sobre su estado civil para efectos de la declaración y a quién reclama como dependiente en sus impuestos.
- ☐ **Una copia de sus impuestos presentados recientemente.** Estos ayudan a determinar y demostrar los ingresos. Si trabaja por cuenta propia, una copia de uno de estos ejemplos: 1040 SE, libro mayor de trabajo por cuenta propia, o un estado de pérdidas y ganancias con firma y fecha del año en curso.
- ☐ **Lista de sus médicos actuales.** Por nombres y apellidos, tipo de especialidad como oncólogo, ginecólogo, dermatólogo y dónde se encuentran.
- ☐ **Indique su dentista actual.** Nombre, apellido y dirección.
- ☐ **Lista de medicamentos recetados.** Nombres de todos los medicamentos y las dosis requeridas para todos los miembros de su hogar.
- ☐ **Contribución del empleador a la HRA.** Cuánto está contribuyendo su empleador a una cuenta de HRA.
- ☐ **Carta de denegación de Medicaid.** Si perdió Medicaid recientemente.
- ☐ **Cobertura del empleador.** El costo de su cobertura patrocinada por el empleador, fecha de renovación, costo para el empleado, tarifa solo para empleados y tarifa familiar.