

## Renovaciones de Medicaid

Para que vuelva a evaluarse si usted califica para Medicaid a través de Maryland Health Connection, debe crear una cuenta y presentar una nueva solicitud. **NOTA: USTED DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL TAL COMO SE DESCRIBE EN EL PASO 8.**



### Cómo crear una cuenta

Desde la página principal: <http://www.marylandhealthconnection.gov>

- Haga clic en **Inscríbese en línea**.
- Haga clic en **Crear una cuenta**.
- Llene todo la información que aparece con un asterisco rojo (\*) y haga clic en **Crear una cuenta**.
- Ingrese con la identificación (ID) de usuario y contraseña que usted creó.

La mejor práctica es escribir el nombre y apellido con la primera letra en Mayúscula.

El correo electrónico es opcional y le permite al usuario recuperar su ID de usuario si lo olvida.

### Cómo llenar la solicitud.

Después de ingresar, desde la **Página inicial de la cuenta**.

- Haga clic en **Empiece una nueva solicitud**
  - Haga clic en **Siguiente** para ir a la siguiente página.
- Llene la sección **Construya su grupo familiar**.
  - Seleccione **Sí** para indicar que desea ser evaluado para **Ayuda Para Costos de Cobertura de Salud**.
  - Llene la información requerida para todos los miembros del hogar que aparece con un asterisco rojo (\*).
  - Llene **Construya su grupo familiar - Datos individuales** para cada miembro de la familia.
    - Escriba su número de seguro social (SSN).
    - Si no tiene número de seguro social el sistema no le permitirá continuar. Debe comunicarse con el centro de llamadas al 1-855-642-8572 (TTY: 1-855-642-8573).
  - Provea la **dirección residencial**.
 

**O**, Indique No Dirección Residencial si el solicitante no tiene hogar.

**Revise** la información para asegurarse de que esta correcta y haga clic en **Confirmar**.

Aparecerá la página para confirmar su identidad. Si no puede confirmar su identidad después de llamar a Experian, visite un Departamento de Salud local u oficina del Departamento de Servicios Sociales local.

3. Llene la sección **Datos Individuales**.
  - a. Indique si la Administración de Seguro Social determinó que el solicitante está **discapacitado**.
  - b. Seleccione **Ciudadanía/Estado Migratorio** para todos los miembros del hogar.

4. Llene la sección **Información sobre impuestos**.
  - a. Escriba el ingreso anual para el hogar para el año actual y el ingreso esperado el próximo año en la pantalla **Confirmación de los ingresos**.
  - b. Indique si los ingresos del hogar para el mes actual son mayores que la cantidad indicada.

Si el solicitante no califica para ayuda económica, se saltan las secciones de *Ingresos del grupo familiar* y *Deducciones del grupo familiar*.

5. Llene la sección de **Ingresos del grupo familiar**.
  - a. Indique si alguien trabaja actualmente.

Conteste **No** si la única persona con ingresos trabaja por cuenta propia.

6. Llene la sección de **Deducciones del grupo familiar**.

- a. Indique **Sí** para gastos médicos anteriores.

7. Llene la sección **Preguntas adicionales**.

- a. Seleccione **Sí** para indicar que un miembro de la familia actualmente tiene seguro médico.
  - b. Llene la sección **Inscrito Actualmente en Cobertura de Salud**.

- **Fecha de Cobertura de Póliza y Fecha de Entrada en Vigor** tienen que ser iguales. **Fecha final de Cobertura de póliza y Fecha en que Expira la póliza** deben ser iguales. Use la fecha final que aparece en la carta que recibió.

8. Llene la sección **Preguntas de la inscripción especial**.

- a. Seleccione **todos los miembros del hogar** para indicar que perderán el seguro médico dentro de los próximos 60 días.
  - b. Escriba la fecha que aparece en la carta que recibió.
  - c. Revise y haga clic en **Confirmar**.

9. Llene la sección **Revisión de la solicitud**

### Estado de inmigración/ciudadanía

Por favor, indique qué solicitantes son ciudadanos de EE. UU. o de nacionalidad estadounidense.

Sofia Vergara

Manolo Vergara

Por favor, indique qué solicitantes son ciudadanos naturalizados o ciudadanos por derivación.

Sofia Vergara

Manolo Vergara

Por favor, indique qué solicitantes tienen un estado migratorio elegible.

Si no se hace una selección de ciudadanía/estatus migratorio para una persona, la persona **no** calificará para Medicaid o un plan de salud autorizado.

Si usted es un inmigrante elegible que cumple con una o más de las siguientes condiciones, debe comunicarse con el centro de llamadas de Maryland al 1-855-642-8572 (TTY: 1-855-642-8573) para proceder con su solicitud:

- Refugiados

### Confirmación de los ingresos

Una compra marcada con \* es obligatoria.

Por favor revise todas las preguntas sobre los ingresos y la información fiscal para asegurarse de que reflejan sus nuevos ingresos. Debe actualizar su ingreso en todas las pantallas de aplicaciones que contienen preguntas sobre los ingresos, incluyendo su ingreso anual y sus ingresos mensuales.

Los ingresos anuales se refieren a su Ingreso bruto ajustado modificado (Modified Adjusted Gross Income, MAGI). Para calcular su MAGI, use nuestra hoja de cálculos.

¿Qué ingresos anuales cree que tendrá Sofia Vergara en el 2015?

Monto \*

¿Son los ingresos de su grupo familiar (antes de impuestos) para este mes mayores que \$ 4340? \*

Sí  No

Indique si los ingresos del mes actual son mayores que los límites de Medicaid para el hogar.



Information

10. Revise **Determinación de su elegibilidad** y seleccione el programa deseado.
11. Llene **Preguntas Adicionales de Medicaid**, de ser necesario.
12. Aparecerá **Subir Documento** si es necesario proveer documentos de verificación.
  - a. Haga clic en **Siguiente** para saltar Subir Documento. Los documentos se pueden subir en cualquier momento.
  - b. Haga clic en **Continuar a Inscripción**.

*Aparecera la página Confirmación Final*

Determinación de su elegibilidad				
Sofia Vergara, Edad 34				
Programa	Estado	Fecha de inicio de la elegibilidad	Fecha de finalización de la elegibilidad	Seleccionar
un plan de salud calificado sin asistencia financiera	No elegible			
	Explicación: La persona no es elegible para recibir QHP durante un Periodo de...			
Medicaid para Padres y Cuidadores	Elegible			<input type="checkbox"/>
	Explicación: Sofia Vergara es elegible para cobertura del cuidado de la salud a través de Medicaid para Padres y Cuidadores.			

Marque un programa para cada persona que califique para realizar la inscripción.

