

2017 Guía de Seguro Médico

Para Trabajadores Agrícolas Mexicanos

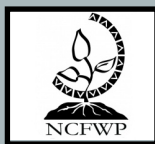


Nombre:

Teléfono:

Dirección:

Condado:



Proyecto de Trabajadores Agrícolas de Carolina del Norte

910-891-8254

Su Plan de Seguro Médico

Plan Elegido: _____

Fecha Inicio de Cobertura: _____

Pago Mensual: _____

Ayuda Financiera Mensual: _____

Ingreso Estimado del 2017: _____

Estatus Civil para Impuestos: soltero
 jefe de casa
 casado/en conjunto

Número de Dependes: _____

Copago para Doctor Primario: _____

Copago para Especialista: _____

Medicamentos Genéricos: _____

Deducible Anual: _____

Pago Máximo de su Bolsillo: _____

Otros Costos: _____

Información de Correo Electrónico y su Cuenta del Mercado de Seguros Médicos:

Número de Solicitud: _____

Cuenta de Correo Electrónico	
Nombre de Usuario	
Contraseña	

Cuenta del Mercado de Seguros Médicos	
Nombre de Usuario	
Contraseña	

Preguntas de Seguridad	

Mercado de Seguros Médicos
1-800-318-2596 WWW.CUIDADODESALUD.GOV

Como Contactar a su Compañía de Seguro Médico:

- para hacer preguntas acerca de su plan
- para hacer un pago con una tarjeta de crédito o débito
- para escoger un doctor primario

HERE: Paste a contact information label for the consumer's selected insurance company

Cuenta en el Sitio de Web de la Compañía de Seguro Médico

Nombre de
Usuario

Contraseña

Aviso:

Si va a trabajar en otra parte del país o del estado **llámenos!!**



¿Va para México?



Cancele su plan de seguro médico!

Al menos 2 semanas antes de irse para México, llame al Mercado de Seguros Médicos para darse de baja.

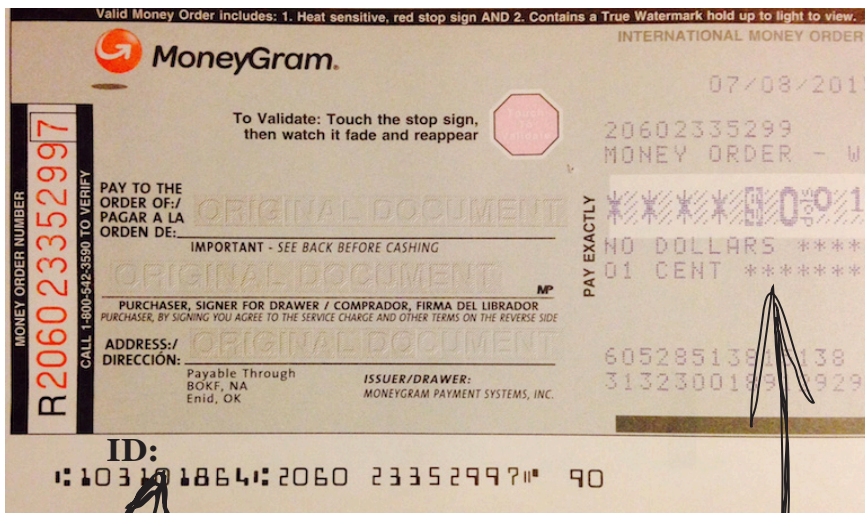
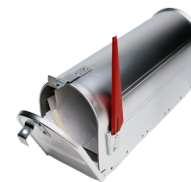
1-800-318-2596

OJO: ¡Si usted no cancela su plan, deberá pagar muchísimo dinero cuando regrese a los Estados Unidos!



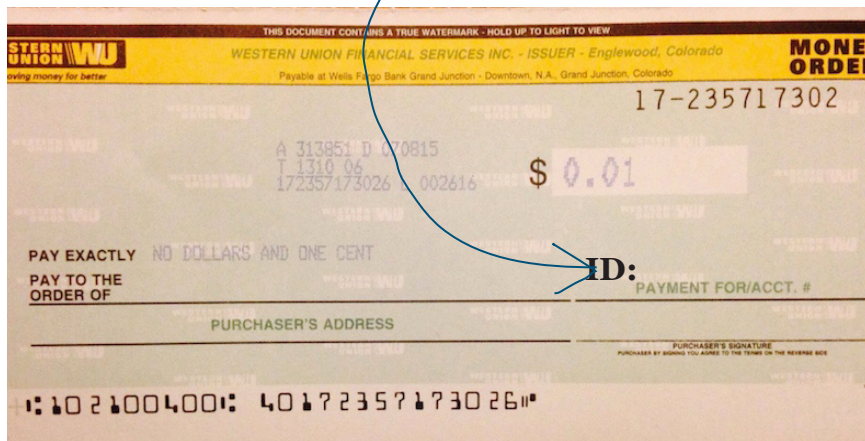
Para Pagar su Cuenta

Envíe su money orden el día 15 de cada mes!



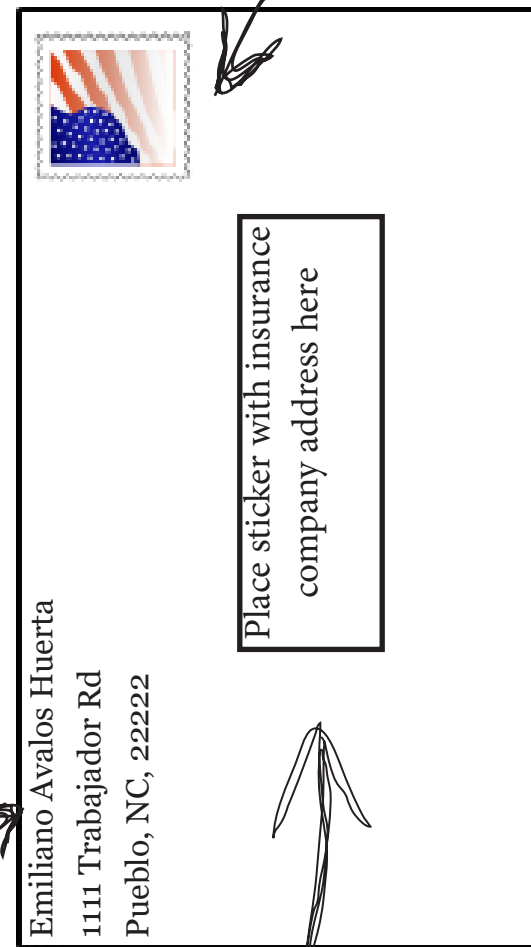
Siempre escriba su número de miembro del plan médico. Debe recibir una carta o tarjeta en el correo que incluye este número.

Revise que el valor total del money orden es correcto



Escriba su nombre completo y dirección en la esquina izquierda

Compre una estampilla que vale 49 centavos o que dice "forever"



Envíe por correo un money orden en un sobre como este.

Puede dejar el sobre en un buzón de correo como uno de estos.

Escriba el nombre y la dirección de la compañía del plan médico, como aparece aquí

Información Importante Acerca de los Impuestos y su Seguro Médico

1. Cada persona que compra un seguro médico debe declarar y pagar impuestos federales por sus ingresos.

2. Si usted es mexicano y está legalmente casado, es obligatorio que haga su declaración de impuestos conjunta con su cónyuge. En la mayoría de los casos, usted no debe hacer una declaración de impuestos por separado si compra un seguro médico y recibe ayuda financiera.

Las personas que están solteras o en unión libre deberán declarar sus impuestos como solteros o jefes de casa.

3. Hay dos formularios que usted debe conocer y enviar con su declaración de impuestos el próximo año: los formularios 1095-A y 8965.

b Acciones específicas no autorizadas. Mi(s) representante(s) no está(n) autorizado(s) a endosar o de otro modo negociar todo cheque (incluso dirigir o aceptar un pago por cualquier medio, electrónico o de otra manera, en una cuenta de propiedad o controlada por el (los) representante(s) o cualquier empresa u otra entidad con la(s) cual(es) el (los) representante(s) está(n) asociado(s)) emitido por el gobierno con respecto a la deuda tributaria federal.

Escriba cualquier otra supresión específica a las acciones que, de otro modo, están autorizadas en este poder legal (vea las instrucciones para la línea **5b**):

6 Conservación/revocación de poder(es) legal(es) previo(s). La presentación de este poder legal automáticamente revoca todo poder legal previo que esté registrado con el Servicio de Impuestos Internos para los mismos asuntos y los años o períodos incluidos en este documento. Si usted **no** desea revocar un poder legal previo, marque aquí ☐

USTED TIENE QUE ADJUNTAR UNA COPIA DE TODO PODER LEGAL QUE DESEE MANTENER EN VIGOR.

7 Firma del contribuyente. Si un asunto tributario concierne a un año en el cual una declaración conjunta fue presentada, cada cónyuge tiene que presentar un poder legal por separado aun si ambos nombran el (los) mismo(s) representante(s). Si está firmado por un funcionario empresarial, socio, tutor, socio de asuntos tributarios, albacea, custodio, administrador judicial (sindico), administrador o fiduciario en nombre del contribuyente, yo certifico que tengo la autoridad legal para firmar este formulario en nombre del contribuyente.

► **SI NO ESTÁ COMPLETADO, FIRMADO Y FECHADO, EL IRS DEVOLVERÁ ESTE PODER LEGAL AL CONTRIBUYENTE.**

Firma	Fecha	Cargo (si corresponde)
Escriba el nombre en letra de molde		
Escriba el nombre del contribuyente de la línea 1 en letra de molde si es otra entidad aparte de una persona física		

Parte II Declaración del Representante

Bajo pena de perjurio, por mi firma en la parte inferior de esta página, yo declaro que:

- Actualmente, yo no estoy suspendido, desaforado ni excluido para ejercer mi profesión ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS);
- Yo estoy sujeto a los reglamentos incluidos en la Circular 230 (Subtítulo A de la Parte 10 de la sección 31 del Código Federal de Reglamentos (CFR, por sus siglas en inglés)), según enmendados, que rigen el desempeño profesional para ejercer ante el IRS;
- Estoy autorizado para representar al contribuyente identificado en la **Parte I** para el (los) asunto(s) especificado(s) ahí; **y** yo soy uno de los siguientes:
 - a** Abogado —miembro del colegio de abogados (*Bar*) del tribunal superior de la jurisdicción indicada a continuación, con buen historial profesional.

Poder Legal y Declaración del Representante

- Sus respuestas deberán estar en inglés.
- Para información sobre el **Formulario 2848(SP)** y sus instrucciones, vea www.irs.gov/form2848sp.

OMB No. 1545-0150

For IRS Use Only

Received by:

Name

Telephone

Function

Date / /

Parte I

Poder Legal Precaución: Cada contribuyente tiene que completar un Formulario 2848(SP) por separado.

El Formulario 2848(SP) no se reconocerá para ningún otro propósito aparte de la representación ante el *IRS*.

1 Información sobre el contribuyente. El contribuyente tiene que firmar y fechar este formulario en la línea 7 de la página 2.

Nombre y dirección del contribuyente

Número(s) de identificación del contribuyente

Número de teléfono durante el día

Número de plan (si corresponde)

por la presente nombra al (a los) siguiente(s) representante(s) como apoderado(s):

2 El (Los) representante(s) tiene(n) que firmar y fechar este formulario en la Parte II de la página 2.

Nombre y dirección

Núm. de CAF

Núm. del Preparador (*PTIN*)

Núm. de Teléfono

Núm. de Fax

Marque si quiere que este representante reciba copias de avisos y comunicaciones ☐

Nombre y dirección

Marque si ha cambiado su: Dirección ☐ Núm. de teléfono ☐ Núm. de fax ☐

Núm. de CAF

Núm. del Preparador (*PTIN*)

Núm. de Teléfono

Núm. de Fax

Marque si quiere que este representante reciba copias de avisos y comunicaciones ☐

Nombre y dirección

Marque si ha cambiado su: Dirección ☐ Núm. de teléfono ☐ Núm. de fax ☐

Núm. de CAF

Núm. del Preparador (*PTIN*)

Núm. de Teléfono

Núm. de Fax

(Nota: El *IRS* envía copias de avisos y comunicaciones a sólo dos representantes.)

Nombre y dirección

Marque si ha cambiado su: Dirección ☐ Núm. de teléfono ☐ Núm. de fax ☐

Núm. de CAF

Núm. del Preparador (*PTIN*)

8965

Form
Department of the Treasury
Internal Revenue Service
Name as shown on return

Health Coverage Exemptions

- ▶ Attach to Form 1040, Form 1040A, or Form 1040EZ.
- ▶ Information about Form 8965 and its separate instructions is at www.irs.gov/form8965.

OMB No. 1545-0074

2015

Attachment
Sequence No. 75

Your social security number

Complete this form if you have a Marketplace-granted coverage exemption or you are claiming a coverage exemption on your return.

Part I

Marketplace-Granted Coverage Exemptions for Individuals. If you and/or a member of your tax household have an exemption granted by the Marketplace, complete Part I.

	(a) Name of Individual	(b) SSN	(c) Exemption Certificate Number
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Part II

Coverage Exemptions Claimed on Your Return for Your Household

7a Are you claiming an exemption because your household income is below the filing threshold? ☐ Yes ☐ No

b Are you claiming a hardship exemption because your gross income is below the filing threshold? ☐ Yes ☐ No

Part III

Coverage Exemptions Claimed on Your Return for Individuals. If you and/or a member of your tax household are claiming an exemption on your return, complete Part III.

	(a) Name of Individual	(b) SSN	(c) Exemption Type	(d) Full Year	(e) Jan	(f) Feb	(g) Mar	(h) Apr	(i) May	(j) June	(k) July	(l) Aug	(m) Sept	(n) Oct	(o) Nov	(p) Dec
8																
9																
10																
11																
12																
13																

Marque si ha cambiado su: Dirección ☐ Núm. de teléfono ☐ Núm. de fax ☐

Núm. de Fax

Marque si ha cambiado su: Dirección ☐ Núm. de teléfono ☐ Núm. de fax ☐

Marque si ha cambiado su: Dirección ☐ Núm. de teléfono ☐ Núm. de fax ☐

Marque si ha cambiado su: Dirección ☐ Núm. de teléfono ☐ Núm. de fax ☐

Marque si ha cambiado su: Dirección ☐ Núm. de teléfono ☐ Núm. de fax ☐

Marque si ha cambiado su: Dirección ☐ Núm. de teléfono ☐ Núm. de fax ☐

Marque si ha cambiado su: Dirección ☐ Núm. de teléfono ☐ Núm. de fax ☐

Marque si ha cambiado su: Dirección ☐ Núm. de teléfono ☐ Núm. de fax ☐

Marque si ha cambiado su: Dirección ☐ Núm. de teléfono ☐ Núm. de fax ☐

Marque si ha cambiado su: Dirección ☐ Núm. de teléfono ☐ Núm. de fax ☐

Marque si ha cambiado su: Dirección ☐ Núm. de teléfono ☐ Núm. de fax ☐

Marque si ha cambiado su: Dirección ☐ Núm. de teléfono ☐ Núm. de fax ☐

Marque si ha cambiado su: Dirección ☐ Núm. de teléfono ☐ Núm. de fax ☐

- b** Contador Público Autorizado — con licencia vigente para ejercer como contador público autorizado en la jurisdicción indicada a continuación.
- c** Agente Registrado — registrado como un agente por el *IRS* conforme a los requisitos de la Circular 230.
- d** Funcionario — un funcionario *bona fide* de la organización del contribuyente.
- e** Empleado a Tiempo Completo — un empleado a tiempo completo del contribuyente.
- f** Miembro de la Familia — un miembro de la familia inmediata del contribuyente (vea las instrucciones para saber cuáles familiares califican).
- g** Actuario Registrado — registrado como un actuario por la Junta Colectiva para el Registro de Actuarios, conforme a la sección 1242 del título 29 del Código de los EE.UU. (la autoridad para ejercer ante el *IRS* está limitada conforme a la sección 10.3(d) de la Circular 230).
- h** Preparador de Declaraciones no Registrado — su autoridad para ejercer ante el *IRS* es limitada. Un preparador de declaraciones no registrado puede representar, provisto que el preparador (1) haya preparado y firmado la declaración o reclamación de reembolso (o que haya preparado si no hay un espacio para firmar en el formulario); (2) cumple los requisitos para firmar la declaración o reclamación de reembolso; (3) tiene un *PTIN* válido; y (4) posee el (los) Registro(s) de Cumplimiento del Programa Anual de la Temporada Tributaria. Vea **Reglas y Requisitos Especiales para los Preparadores de Declaraciones No Registrados**, en las instrucciones por separado para información adicional.
- k** Estudiante de Derecho o CPA — recibe permiso para representar contribuyentes ante el *IRS* en virtud de su condición de estudiante de derecho, de negocio o contabilidad trabajando en un *LITC* o *STCP*. Para información adicional y requisitos, vea las instrucciones para la **Parte II**.
- r** Agente Registrado de Planes de Jubilación — registrado como un agente de planes de jubilación conforme a los requisitos de la Circular 230 (la autoridad para ejercer ante el *IRS* está limitada conforme a la sección 10.3(e)).

► **SI ESTA DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE NO ESTÁ COMPLETADA, FIRMADA Y FECHADA, EL /RS DEVOLVERÁ EL PODER LEGAL. LOS REPRESENTANTES TIENEN QUE FIRMAR EN EL ORDEN INDICADO EN LA LINEA 2 DE LA PARTE I.**

Nota: Para las designaciones **d a f**, anote su cargo, posición o relación con el contribuyente en la columna “Jurisdicción de licencias”.

Designación — Incluya la letra de arriba (a–r).	Jurisdicción de licencias (estado) u otra autoridad para conceder licencias (si corresponde).	Números de: Colegio de Abogados (<i>Bar</i>), Licencia, Certificación, Registro o Inscripción (si corresponde).	Firma	Fecha

Formulario 1095-A

Busque este formulario en su buzón de correo cuando llegue a los Estados Unidos el próximo año.

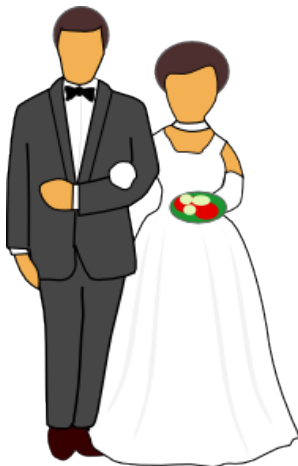
Form 1095-A		Health Insurance Marketplace Statement		☐ VOID	OMB No. 1545-2232
Department of the Treasury Internal Revenue Service		► Information about Form 1095-A and its separate instructions is at www.irs.gov/form1095a .		☐ CORRECTED	2015
Part I Recipient Information					
1 Marketplace identifier		2 Marketplace-assigned policy number		3 Policy issuer's name	
4 Recipient's name		5 Recipient's SSN		6 Recipient's date of birth	
7 Recipient's spouse's name		8 Recipient's spouse's SSN		9 Recipient's spouse's date of birth	
10 Policy start date		11 Policy termination date		12 Street address (including apartment no.)	
13 City or town		14 State or province		15 Country and ZIP or foreign postal code	
Part II Covered Individuals					
A. Covered individual name		B. Covered individual SSN	C. Covered individual date of birth	D. Coverage start date	E. Coverage termination date
16					
17					
18					
19					
20					
Part III Coverage Information					
Month	A. Monthly enrollment premiums	B. Monthly second lowest cost silver plan (SLCSP) premium	C. Monthly advance payment of premium tax credit		
21 January					
22 February					
23 March					
24 April					
25 May					
26 June					
27 July					
28 August					
29 September					
30 October					
31 November					
32 December					
33 Annual Totals					
For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions. Cat. No. 60703Q Form 1095-A (2015)					

Este formulario sirve para confirmar que la información que usted reportó para comprar un seguro médico y recibir ayuda financiera es correcta. Cuando usted haga su declaración de impuestos el próximo año, asegúrese de revisar la información del formulario 1095-A y dársela a su preparador de impuestos.

Si su formulario 1095-A no ha llegado por correo postal a su campamento para finales de febrero, usted debe llamar al Mercado de Seguros Médicos para pedir un duplicado.

Mercado de Seguros Médicos: 1-800-318-2596

¿Está usted casado?



Según el gobierno de Estados Unidos, usted está legalmente casado si usted recibió una acta de matrimonio en el registro civil cuando se casó.

La unión libre es cuando alguien está juntado con su conyugue pero no está casado por el registro civil. Una unión libre no es igual a matrimonio en los Estados Unidos. Si usted está en una unión libre, puede seguir declarando como jefe de casa o soltero.

Si usted está legalmente casado:

De acuerdo a la Ley de Cuidado de Salud, es requisito que las personas casadas hagan una declaración de impuestos conjunta con su cónyuge cuando regresen a los Estados Unidos el próximo año.

¿Está usted casado?

Filing Status

Check only one box.

- | | |
|---|--|
| 1 | ☐ Single |
| 2 | ☒ Married filing jointly (even if only one had income) |
| 3 | ☐ Married filing separately. Enter spouse's SSN above and full name here. ► |

Para presentar una declaración de impuestos conjunta, es necesario que:

- su cónyuge tenga un número de seguro social o un Número de Identificación de Impuestos (ITIN)
- usted reporte su ingreso junto con el de su cónyuge, si él o ella trabaja
- su cónyuge firme una carta poder (el formulario 2848) donde le da a usted el permiso de presentar una declaración por los dos.

Este libro contiene una copia del formulario 2848: Poder Legal y Declaración del Representante. Cuando usted regrese a México al fin de la temporada, su cónyuge deberá firmar el número 7 de la segunda página del formulario, dónde dice "Firma." Para asegurarse que no hay errores, usted no deberá escribir nada más en el formulario (ni la fecha).

Formulario 8965

Para evitar una multa

Cuando usted declare sus impuestos el próximo año, el gobierno de Estados Unidos le va a pedir un comprobante de cobertura médica por los 12 meses del año. Para evitar una multa por los meses que estuvo fuera de los Estados Unidos en el 2017, usted tiene que pedir una exención para esos meses.

Para pedir una exención:

- En la parte III del formulario 8965, en la línea 8, escriba su nombre completo en la columna A, “Name of Individual.”
- En la columna B, “SSN”, escriba su número de seguro social.
- En la columna C, “Exemption Type”, escriba la letra “C”.
- En las columnas E a P, ponga una √ por cada mes que pasó un día fuera de los Estados Unidos.

Si usted incluyó a su cónyuge y/o dependientes en su solicitud de seguro médico, también debe de pedir una exención para ellos si viven en México:

- Llene una línea nueva por cada familiar, usando el número ITIN de cada uno de ellos en vez del seguro social.
- En la columna C, “Exemption Type”, escriba la letra “C”.
- Marque √ sobre la columna D, “full year”, que corresponde a sus nombres.

Formulario 8965 (continuación)

Cuando usted se inscriba en un seguro médico, tomará entre 2 semanas a 2 meses para que el plan entre en efecto. Por ejemplo, si usted se inscribe en un plan médico el 31 de mayo, este no entrará en efecto hasta el 1 de julio.

Por lo cual, usted debe solicitar una exención por los meses en que no tuvo un plan médico durante su estadía en los Estados Unidos. La primera página de este libro tiene la fecha en la que se activó su seguro médico.

Para pedir esta exención:

- En la parte III del formulario 8965, en una nueva línea, escriba su nombre completo y su número de seguro social.
- En la columna C, “Exemption Type”, escriba la letra “B.”
- En las columnas E a P, ponga una √ por cada mes que pasó en los Estados Unidos sin un seguro médico activado.

Busque una copia del formulario 8965 en este libro

E Jan= Enero	H Apr= Abril	K July= Julio	N Oct= Octubre
F Feb= Febrero	I May= Mayo	I Aug= Agosto	O Nov= Noviembre
G Mar= Marzo	J June= Junio	M Sep= Septiembre	P Dec= Diciembre

Información cortesía de La
Oficina- Bilingual Business Center

Pasaporte (puede enviarse por si solo)

6

Certificado de nacimiento

Y uno de los siguientes documentos:

Si su cónyuge o depende es mayor de edad (18 años o más):

Credencial electoral, o

Licencia de conducción, o

Tarjeta de identificación militar.

Si su dependiente es un menor entre 6 y 18 años de edad:

Boleta de calificaciones:

Emitido por la escuela o la Secretaría de Educación..... 0

Firmado por personal de la escuela o la Secretaría de Educación...

Y debe incluir los siguientes datos:

fecha reciente 0

Periodo calificado 0

Nombre del estudiante Nombre de la escuela

Materias y calificaciones ☐

Dirección de la escuela

Si su depende es un menor de 6 años de edad:

Reporte de vacunación: (debe incluir los siguientes datos)

Vacunas y fechas ⁰

Nombre del menor 0

Nombre del paciente O

Fecha nacimiento 0

Fechas de vacunas 0

Dirección del menor 0

nombre doctor/clínica 0

dirección doctor/clínica 0

teléfono doctor/clínica 0

En ausencia de alguno de estos 3 últimos datos adjunte un certificado médico con Fecha y en papel con membrete oficial de la entidad federal o clínica, o el médico que atendió por última vez al menor.

Y un poder (formulario 2848 del IRS) solo para:

- Su cónyuge o dependes mayores de 18 años.....

- Sus dependes menores de 18 años quienes no son sus propios hijos.....

Información sobre la persona que le ayudó con su solicitud de seguro médico:

Nombre:

Télefono:

Cuando llegue a los Estados Unidos el próximo año, llámenos lo más pronto posible para obtener información y recibir ayuda.

Sólo tendrá 60 días para inscribirse a un plan médico.

Su Doctor Primario

Doctor escogido:

Nombre de la clínica:

de Teléfono:

Dirección:

Horas: