TN 401

STATE OF TENNESSEE
Health Care Finance and Administration
P.O. Box 20201
Nashville, TN 37202-0201

Do you need special help?
- Call **1-855-259-0701** for free, **or**
- See the "Do You Need Special Help?" page with this letter. It tells you where to call.

Se incluye la versión en español

000497 TN 401 06 11 2016

June 10, 2016

Davy Crockett
123 Main Street
Lawrenceburg, TN 38464

It's time to renew your TennCare!

Each year, we must see if you still qualify for TennCare. Do you want to see if you can keep your coverage? You must fill out and return the **Renewal Packet** that came with this letter **by July 20, 2016.**

This is the date your packet is due. **This is not the date your TennCare will end.**

If you act **now,** you may be able to keep your coverage without a break.
But, you must do both of these things by July 20, 2016.

1. **Fill out the Renewal Packet that came with this letter.** Be sure to answer all of the questions that you can. And be sure to send us the proof we ask for in the Renewal Packet. Sending us proof with your packet can help us make a faster decision on your coverage.

and

2. **Send your pages to us by July 20, 2016.** There are 2 ways to get them to us.

By Mail: Tennessee Health Connection
P.O. Box 20201
Nashville, TN 37202-0201

By Fax: 1-877-430-0843

We'll use your answers to see if you can keep your coverage or not. The kind of coverage you have may change. To decide, we'll look at things like your age, your household income, how many people live with you, and if you have other insurance.

After we review your packet, we'll send you a letter that says if you can keep your coverage or not. If you can't keep your coverage, it will tell you the date your coverage will end and how to file an appeal. If the kind of coverage you qualify for changes, it will say that too.

Need to report a change? Have questions? Need help? Call us.
Tennessee Health Connection 1-855-259-0701
We're here to help you Monday through Saturday, 7 a.m. to 7 p.m.

000247 2/54

MAX TN 401 04/26/2016 000001 06/11/2016

Here are the kinds of coverage we'll see if you qualify for:

TennCare Medicaid – There are several different groups of people that may qualify for TennCare Medicaid . Some of those people are children under age 21, pregnant women, or parents or caretakers of a minor child (who lives with you and is a close relative). Each group has different income limits. Some of the groups also have limits on how much you own-your "resources". These are things like bank accounts, cars, and land. The number of people who live in your household count too.

We'll look first to see if you qualify for TennCare Medicaid.

TennCare Standard – This is only for children under age 19 who can't keep TennCare Medicaid **and** who don't have access to other health insurance (like through a parent's job). If you meet these rules **and** get your packet to us **before July 20, 2016,** we'll see if you qualify for TennCare Standard.

CoverKids – This is for children under age 19 or pregnant women who are not enrolled in other health insurance. If you don't qualify for TennCare Medicaid, are under age 19 and meet other rules, we'll review your packet for CoverKids.

Medicare Savings Programs – This program is for people who have Medicare and qualify for help paying their Medicare cost sharing. You might know this as "QMB" or "SLMB". These pay for your Medicare premiums and sometimes your Medicare co-pays, and deductibles. If you want help paying for your Medicare, you must tell us in your packet **(See Appendix A in your packet).**

To learn more about TennCare or Medicare Savings Program go to **https://tn.gov/tenncare.**
To learn more about CoverKids go to **https://tn.gov/covertn.**

Remember, to be sure you can keep coverage while we review your packet, we must get it by July 20, 2016.

What if you don't send us your renewal packet by July 20, 2016? You'll get a letter that says when the coverage you have now will end. The letter will also say how to appeal.

Even if you get a letter that says when your coverage will end you can still send in your packet and proof. If we get your packet and proof, we'll use it to see if you qualify for TennCare Medicaid. Then we'll send you a letter that says if you qualify for TennCare Medicaid or not. If you think we made the wrong decision, the letter will also say how to appeal our decision.

What if we get your packet before your coverage ends but we need more facts or proof from you to decide? We'll send you a letter that says what's missing. You'll only have **10 days** from the date on that letter to give us the facts or proof we need.

What if you **don't** return the facts or proof we need within those 10 days? You may not be able to keep your coverage. We'll use the facts and papers you have given us to decide (even if you've only given us your renewal packet). So **don't wait!** Try to give us all your facts and proof when you send us your packet.

People who lie on purpose to get TennCare may be fined or sent to jail.

Do you need help with this letter?

Is it because you have a health problem, learning problem or a disability? Or, do you need help in another language? If so, you have a right to get help and we can help you. Call the **Tennessee Health Connection** for free at **1-855-259-0701.**

- **Do you have a mental illness and need help with this letter?**
  The TennCare Advocacy Program can help you.
  Call them for free at **1-800-758-1638.**

We do not allow unfair treatment in our program.

No one is treated in a different way because of race, color, birthplace, religion, language, sex, age, or disability. Do you think you've been treated unfairly? Do you have more questions? Do you need more help? You can make a **free call** to the **Tennessee Health Connection** at **1-855-259-0701.**

Attachments:

Renewal Packet	
Do You Need Special Help?	TN A003
Foreign Language Assistance	TN A014

000247 3/54

MAX TN 401 04/26/2016 000003 06/11/2016

Need to report a change? Have questions? Need help? Call us.
Tennessee Health Connection 1-855-259-0701
We're here to help you Monday through Saturday, 7 a.m. to 7 p.m.

Renewal Packet

It's time to renew your health coverage!

We'll use the facts you send to us to see if you still qualify.

TN Division of Health Care Finance & Administration | TennCare

Things to know

Who can use this Renewal Packet?

- The person this packet is addressed to.
- Other people in your household who have TennCare or CoverKids today.
- People whose TennCare or CoverKids ended no more than 90 days ago.

*If someone is helping you fill this out, you may need to complete Step 4 of this Renewal Packet.

Things you may need to complete this Renewal Packet – see the Instruction Guide for more information

- Social Security Numbers (or document numbers for any legal immigrants who need insurance).
- Employer and income information for everyone in your family (for example, paystubs, W-2 forms, bank statements or wage and tax statements). Be sure to send in proof of your income too. Having this proof may help us decide faster if you can keep coverage.
- Policy numbers for any health insurance you have now (other than TennCare or CoverKids).
- Information about any job related health insurance available to your family.

Why do we ask for this information?

We must renew your eligibility each year. **We'll keep all the information you give us private and secure, as required by law.** To see how we use your information, go to: https://tn.gov/tenncare/topic/hipaa-policies.

What happens next?

Send your complete, **signed** packet to:

Tennessee Health Connection
P.O. Box 20201
Nashville, TN 37202-0201

You may also **fax** your packet to TNHC at **1-877-430-0843.**

What if you don't have all the information we ask for when it's time to send us your Renewal Packet? Sign and send us your Renewal Packet anyway. After we get your packet, we'll look to see what facts we still need from you. Then we'll send you a letter that asks you to send us the facts we still need. That letter will include a cover page that you'll send back with your facts. The cover page helps us easily link the facts you send to your Renewal Packet.

After we get your Renewal Packet and facts, we'll review your information. We'll send you a letter that tells you our decision. If you have questions, call us for free at **1-855-259-0701.** Filling out this Renewal Packet doesn't mean you have to buy health insurance.

Get help with this application

Call the Tennessee Health Connection at **1-855-259-0701.**
En español: Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-855-259-0701.**

Need help with your application? Call us at **1-855-259-0701.** Do you need help in a language other than English? When you call, tell us the language you need. We'll get you help at no cost to you. Do you have a hearing or speech problem and use a TTY? Call 1-800-848-0298, then dial 1-855-259-0701.

Before you get started:
The Instruction Guide with this Renewal Packet can help explain the questions we ask. It also tells you more about the proof we need from you.

The Instruction Guide also tells you how to apply for health coverage if you don't have TennCare or CoverKids today. You can only use this Renewal Packet if you have TennCare, QMB/SLMB, or CoverKids today (or it ended no more than 90 days ago). But, you can't use this Renewal Packet to apply for new health coverage.

Step 1: Tell us about yourself (the person this packet was addressed to).

You'll be Person 1 starting on the next page.

1. First name, Middle name, Last name, & Suffix (Jr., Sr., III) Davy Crockett			
2. Home address (Leave blank if you don't have one.) 123 Main Street			3. Apartment or suite number
4. City Lawrenceburg	5. State TN	6. ZIP code 38464	7. County Lawrence
8. Mailing address (if different from home address)			9. Apartment or suite number
10. City	11. State	12. ZIP code	13. County
14. Phone number (615) 555 - 1234		15. Other phone number ( ) -	

16. Do you give us your OK to talk with you by email? This won't start right away. But, giving us your OK now will let us talk to you through email when we can. ☐ Yes ☒ No
If yes, tell us your email address: _____

Step 2: Tell us about your family (everyone who lives with you).

Your family will start with Person 2 on page 5. More family members can be added starting on page 7.

We'll use your facts to see if you still qualify for health coverage with us. We'll check first to see if you qualify for TennCare. If your income is too high but you're under the age of 19 or pregnant and meet other rules, we'll see if you qualify for CoverKids. The kind of program you qualify for depends on the number of people in your family and their incomes. This information helps us make sure you can keep your coverage.

Complete Step 2 for each person in your family. Start with yourself, then add other adults and children. If you have more than 4 people in your family, you'll need to make a copy of the pages and attach them. You don't need to provide immigration status or a Social Security Number (SSN) for family members who don't need health coverage. We'll keep all the information you provide private and secure as required by law. We'll use personal information only to see if you still qualify.

When you send us your Renewal Packet, be sure to send us proof of your income. This could be things like pay stubs or bank statements. Having this proof may help us decide faster if you can keep coverage.

STEP 2: PERSON 1 (Start with yourself. This is the person listed in Step 1.)

Complete Step 2 for yourself and other family members who live with you. This includes anyone on your same federal tax return (if you file one). See the instruction guide for more information about who to include. If you don't file a tax return, remember to still add family members who live with you.

1. First name, Middle name, Last name, & Suffix (Jr., Sr., III) Davy Crockett

2. Relationship to you? SELF

3. Date of birth (mm/dd/yyyy) 1/1/1995

4. Sex ☒ Male ☐ Female

5. Social Security number (SSN) 123-45-6789

We need this if you want to keep health coverage and have a SSN. Giving us your SSN can be helpful even if you don't want health coverage since it can speed up the renewal process. We use SSNs to check income and other information to see who's eligible for help with health coverage costs. If someone wants help getting a SSN, call 1-800-772-1213 or visit **socialsecurity.gov.** TTY users should call 1-800-325-0778. If you have applied for a SSN but have not received it, when did you apply? _____

6. **Do you plan to file a federal income tax return the next time taxes are due?** (You can still renew even if you don't file taxes.)

☒ **YES. If yes,** who will **you claim** on your taxes? Tell us their full name (first, middle initial, last).

Will you file jointly with a spouse? ☐ Yes ☐ No If yes, tell us your spouse's name: _____

☐ **NO. If no** will you be claimed as a tax dependent by someone else? ☐ Yes ☐ No

If yes, tell us **who will claim you** as a tax dependent. Tell us their full name (first, middle initial, last) and how he or she is related to you. _____ Do you live with this person? ☐ Yes ☐ No

7. Are you pregnant? ☐ Yes ☒ No **If yes,** how many babies are expected during this pregnancy? _____
What is your due date? _____ (mm/dd/yyyy)

8. Do you have health coverage with us now? This includes TennCare, QMB/SLMB, or CoverKids. ☐ Yes ☐ No
If no, go to Current Job and Income on page 4.
If yes, do you want to see if you can **keep** it? ☒ **YES. If yes, go to question 9.**
☐ **NO If no, we'll end your coverage.** We'll send a letter that tells you when it ends.
Circle the coverage you want to end: **TennCare QMB/SLMB CoverKids**
*If other people in your house want to **keep** their coverage **go to Current Job and Income on page 4.**

9. Do you live in a medical facility or nursing home or do you need nursing home care either in a nursing home or at home?
☐ Yes ☒ No **If Yes,** fill out and send in **both Appendix A and this Renewal Packet.**

10. Do you have Medicare and want to get or keep help paying your Medicare cost sharing, like QMB or SLMB? These pay for your Medicare premiums and sometimes your Medicare co-pays, and deductibles. ☐ Yes ☐ No **If Yes,** fill out and send in **both Appendix A and this Renewal Packet.**

11. Do you need hospice care? ☐ Yes ☒ No **If Yes,** fill out and send in **both Appendix A and this Renewal Packet.**

12. Have you gotten both an SSI check and a Social Security check in the same month at least once since April 1977, AND do you still get a Social Security check? ☐ Yes ☒ No **If Yes,** fill out and send in **Appendix A and this Renewal Packet.**

13. Are you pregnant or under age 21? ☐ Yes ☒ No **If Yes,** have you or anyone else in your home gotten care or medicine in the last 3 months **and** have bills (paid or unpaid) related to that care or medicine? Or have you paid for any medical bills this month (no matter how old they are)? ☐ Yes ☐ No If Yes, fill out and send in **both Appendix A and this Renewal Packet.**

14. Are you a U.S. citizen or U.S. national? ☒ Yes ☐ No

15. **If you aren't a U.S. citizen or U.S. national,** do you have an eligible immigration status? ☐ Yes

a. What is your immigration status? _____ What date did you gain that status? _____
What date did you enter the U.S? _____
Fill in your document type and ID number below.

Alien or I-94 number

Card number or passport number

SEVIS ID or expiration date (optional)

Other (category code or country of issuance)

b. Did you have a different status before? ☐ Yes ☐ No If yes, what was it? _____

Need help with your application? Call us at **1-855-259-0701.** Do you need help in a language other than English? When you call, tell us the language you need. We'll get you help at no cost to you. Do you have a hearing or speech problem and use a TTY? Call 1-800-848-0298, then dial 1-855-259-0701.

STEP 2: PERSON 1 Continue with yourself SSN 123-45-6789

c. Have you lived in the U.S. since 1996? ☐ Yes ☐ No

d. Are you or your spouse or parent a veteran or an active-duty member of the U.S. military? ☐ Yes ☐ No

16. Do you live with at least one child under the age of 18 (or is the child18 and a full time student) **and** are you the main person taking care of this child? ☐ Yes ☒ No **If yes, tell us their name:**_____ **relationship to you:**_____

17. If you're age 22 or younger, are you a full-time student? ☒ Yes ☐ No

18. Were you in foster care at age 18 or older in Tennessee? ☒ Yes ☐ No

19. Are you a female under age 65 who is getting treatment now or do you need treatment for breast or cervical cancer? ☐ Yes ☐ No

20. **If Hispanic/Latino, ethnicity (OPTIONAL-check all that apply)**

☐ Mexican ☐ Mexican American ☐ Chicano/a ☐ Puerto Rican ☐ Cuban ☐ Other_____

21. **Race (OPTIONAL— check all that apply.)**

☐ White ☐ Asian Indian ☐ Japanese ☐ Other Asian ☐ Samoan
☐ Black or African American ☐ Chinese ☐ Korean ☐ Native Hawaiian ☐ Other Pacific Islander
☐ American Indian or Alaska Native ☐ Filipino ☐ Vietnamese ☐ Guamanian or Chamorro ☐ Other_____

Current Job & Income Information The Instruction Guide explains more about the proof we need.

☒ **Employed** Start with question 22.

☐ **Not employed** Skip to question 31.

☐ **Self-employed** Skip to question 30.

CURRENT JOB 1: If you're currently employed, tell us about your income for **the last 8 weeks.**

22. Employer name and address: Crockett Supplies

23. Employer phone number: (615)555-1234

24. Wages/tips (before taxes) $ 980 ☐ Hourly ☐ Weekly ☒ Every 2 weeks ☐ Twice a month ☐ Monthly ☐ Yearly

25. Average hours worked each WEEK _____

CURRENT JOB 2: If you have more than 2 jobs, attach another sheet of paper.

26. Employer name and address

27. Employer phone number ( ) –

28. Wages/tips (before taxes) $ _____ ☐ Hourly ☐ Weekly ☐ Every 2 weeks ☐ Twice a month ☐ Monthly ☐ Yearly

29. Average hours worked each WEEK_____

30. **If self-employed, answer the following questions about your net income for this month:**

a. Type of work _____

b. How much net income (profits once business expenses are paid) will you get from this self-employment this month? $ _____

31. **OTHER INCOME THIS MONTH:** Check all that apply, and give the amount and how often you get it.
NOTE: You don't need to tell us about child support, veteran's payment, or Supplemental Security Income (SSI).

☒ None

☐ Unemployment $ ____ How often? ____
☐ Pensions $ ____ How often? ____
☐ Social Security $ ____ How often? ____
☐ Retirement Accounts $ ____ How often? ____
☐ Alimony received $ ____ How often? ____
☐ Net farming/fishing $ ____ How often? ____
☐ Net rental/royalty $ ____ How often? ____
☐ Other income Type: ____

32. **DEDUCTIONS:** Check all that apply. Tell us the amount and how often you get it. If you pay for certain things that can be deducted on a federal income tax return, telling us about them could make your income a little lower. **NOTE:** Don't include a cost that you already considered in your answer to net self-employment (question 30b). The Instruction Guide explains more about the proof we need.

☐ Alimony paid $ ____ How often? ____
☐ Student loan interest $ ____ How often? ____
☐ Other deductions Type: ____ $ ____ How often? ____

THANKS! This is all we need to know about you.

STEP 2: PERSON 2

Tell us about family members who live with you.
Person 1's SSN ____ - _____ - ____

Complete Step 2 for other people who live with you and/or anyone on your same federal income tax return (if you file one). If you don't file a tax return, remember to still add family members who live with you.

1. First name, Middle name, Last name, & Suffix (Jr., Sr., III)

2. Relationship to you?

3. Date of birth (mm/dd/yyyy)

4. Sex ☐ Male ☐ Female

5. Social Security number (SSN) ___ ___ ___ - ___ - ___ ___ ___ ___ **We need this if you want to keep health coverage and have a SSN.** If you have applied for an SSN but have not received it, when did you apply? _____

6. Does PERSON 2 live at the same address as PERSON 1? ☐ Yes ☐ No If no, list address: _____ County: _____

7. **Does PERSON 2 plan to file a federal income tax return the next time taxes are due?** (You can still renew even if you don't file taxes.)

☐ YES. **If yes,** who will **PERSON 2 claim** on taxes? Tell us their full name (first, middle initial, last).

Will PERSON 2 file jointly with a spouse? ☐ Yes ☐ No If yes, tell us the spouse's name: _____

☐ NO. **If no,** will PERSON 2 be claimed as a tax dependent by someone else? ☐ Yes ☐ No

If yes, tell us **who will claim PERSON 2** as a tax dependent. Tell us their full name (first, middle initial, last) and how he or she is related to PERSON 2. _____ Does PERSON 2 live with this person? ☐ Yes ☐ No

8. Is PERSON 2 pregnant? ☐ Yes ☐ No **If yes,** how many babies are expected during this pregnancy? _____
What is the due date? _____ (mm/dd/yyyy)

9. Does PERSON 2 have health coverage with us now? This includes TennCare, QMB/SLMB, or CoverKids. ☐ Yes ☐ No
If no, go to Current Job and Income on page 6.
If yes, does PERSON 2 want to **keep** it? ☐ Yes. **If yes, go to question 10.**
☐ No. **If no, we'll end Person 2's coverage.** We'll send a letter that says when it ends.
Circle the coverage you want to end: **TennCare QMB/SLMB CoverKids**
*If other people in your house want to **keep** their coverage **go to Current Job and Income on page 6.**

10. Does PERSON 2 live in a medical facility or nursing home or need nursing home care either in a nursing home or at home? ☐ Yes ☐ No **If Yes,** fill out and send in **both Appendix A and this Renewal Packet.**

11. Does PERSON 2 have Medicare and want to get or keep help paying Medicare cost sharing, like QMB or SLMB? These pay for Medicare premiums and sometimes Medicare co-pays, and deductibles. ☐ Yes ☐ No If Yes, fill out and send in **both Appendix A and this Renewal Packet.**

12. Does PERSON 2 need hospice care? ☐ Yes ☐ No **If Yes,** fill out and send in **both Appendix A and this Renewal Packet.**

13. Has PERSON 2 gotten both an SSI check and a Social Security check in the same month at least once since April 1977, AND still gets a Social Security check? ☐ Yes ☐ No **If Yes,** fill out and send in **both Appendix A and this Renewal Packet.**

14. Is PERSON 2 pregnant or under age 21? ☐ Yes ☐ No **If Yes,** has Person 2 or anyone else in your home gotten care or medicine in the last 3 months **and** have bills (paid or unpaid) related to that care or medicine? Or has PERSON 2 paid for any medical bills this month (no matter how old they are)? ☐ Yes ☐ No **If Yes,** fill out and send in **both Appendix A and this renewal packet.**

15. Is PERSON 2 a U.S. citizen or U.S. national? ☐ Yes ☐ No

16. **If PERSON 2 isn't a U.S. citizen or U.S. national,** does he/she have an eligible immigration status? ☐ Yes

a. What is his/her immigration status? _____ What date did Person 2 gain that status? _____
What date did Person 2 enter the U.S? _____
Fill in Person 2's document type and ID number below.

Alien or I-94 number

Card number or passport number

SEVIS ID or expiration date (optional)

Other (category code or country of issuance)

b. Did Person 2 have a different status before? ☐ Yes ☐ No If yes, what was it? _____

c. Has Person 2 lived in the U.S. since 1996? ☐ Yes ☐ No

d. Is Person 2 or his/her spouse or parent a veteran or an active-duty member of the U.S. military? ☐ Yes ☐ No

Need help with your application? Call us at **1-855-259-0701.** Do you need help in a language other than English? When you call, tell us the language you need. We'll get you help at no cost to you. Do you have a hearing or speech problem and use a TTY? Call 1-800-848-0298, then dial 1-855-259-0701.

STEP 2: PERSON 2

Continue with Person 2

Person 1's SSN ____ - _____ - ____

17. Does PERSON 2 live with at least one child under the age of 18 (or 18 and a full time student) and are they the main person taking care of this child? ☐ Yes ☐ No
If yes, tell us their name:_____ **relationship to Person 2:**_____

18. Was PERSON 2 in foster care at age18 or older in Tennessee? ☐ Yes ☐ No

19. Is PERSON 2 age 22 or younger? If yes, is PERSON 2 a full time student? ☐ Yes ☐ No

20. Is PERSON 2 a female under age 65 who is getting treatment now or needs treatment for breast or cervical cancer? ☐ Yes ☐ No

21. **If Hispanic/Latino, ethnicity (OPTIONAL—check all that apply.)**
☐ Mexican ☐ Mexican American ☐ Chicano/a ☐ Puerto Rican ☐ Cuban ☐ Other _____

22. **Race (OPTIONAL— check all that apply.)**
☐ White ☐ Asian Indian ☐ Japanese ☐ Other Asian ☐ Samoan
☐ Black or African American ☐ Chinese ☐ Korean ☐ Native Hawaiian ☐ Other Pacific Islander
☐ American Indian or Alaska Native ☐ Filipino ☐ Vietnamese ☐ Guamanian or Chamorro ☐ Other_____

Current Job & Income Information

The Instruction Guide explains more about the proof we need.

☐ **Employed** Start with question 23.
☐ **Not employed** Skip to question 32.
☐ **Self-employed** Skip to question 31.

CURRENT JOB 1: If Person 2 is currently employed, tell us about his/her income for **the last 8 weeks.**

23. Employer name and address

24. Employer phone number ( ) –

25. Wages/tips (before taxes) **$** _____ ☐ Hourly ☐ Weekly ☐ Every 2 weeks ☐ Twice a month ☐ Monthly ☐ Yearly

26. Average hours worked each WEEK _____

CURRENT JOB 2: If Person 2 has more than 2 jobs and need more space, attach another sheet of paper.

27. Employer name and address

28. Employer phone number ( ) –

29. Wages/tips (before taxes) **$** _____ ☐ Hourly ☐ Weekly ☐ Every 2 weeks ☐ Twice a month ☐ Monthly ☐ Yearly

30. Average hours worked each WEEK_____

31. **If self-employed, answer the following questions:**

a. Type of Work

b. How much net income (profits once business expenses are paid) will Person 2 get from this self-employment this month?
$_____

32. **OTHER INCOME THIS MONTH:** Check all that apply, and give the amount and how often Person 2 gets it.
NOTE: You don't need to tell us about child support, veteran's payment, or Supplemental Security Income (SSI).

☐ None
☐ Unemployment $ _____ How often? _____
☐ Pensions $ _____ How often? _____
☐ Social Security $ _____ How often? _____
☐ Retirement Accounts $ _____ How often? _____
☐ Alimony received $ _____ How often? _____
☐ Net farming/fishing $ _____ How often? _____
☐ Net rental/royalty $ _____ How often? _____
☐ Other income Type: _____

33. **DEDUCTIONS:** Check all that apply. Tell us the amount and how often Person 2 gets it. If Person 2 pays for certain things that can be deducted on a federal income tax return, telling us about them could make the income a little lower. **NOTE:** Don't include a cost already considered in the answer to net self-employment (question 31b). The Instruction Guide explains more about the proof we need.

☐ Alimony paid $ _____ How often? _____
☐ Student loan interest $ _____ How often? _____
☐ Other deductions Type: _____ $ _____ How often? _____

THANKS! This is all we need to know about PERSON 2.

Do you have more family members to tell us about? You can add 2 more family members on the next pages. If you need even more pages, make a copy of pages 9 and 10. Your local Department of Human Services (DHS) office can make a copy for you.

Dary Crockett 125406

STEP 2: Additional Family Member

Person 1's SSN ____ - _____ - ____

Continue Step 2 for other people who live with you and/or anyone on your same federal income tax return (if you file one). If you don't file a tax return, remember to still add family members who live with you.

1. First name, Middle name, Last name, & Suffix (Jr., Sr., III)

2. Relationship to you?

3. Date of birth (mm/dd/yyyy)

4. Sex ☐ Male ☐ Female

5. Social Security number (SSN) _ _ _ - _ _ - _ _ _ _ **We need this if you want to keep health coverage and have a SSN.** If you have applied for an SSN but have not received it, when did you apply? _____

6. Does this person live at the same address as Person 1? ☐ Yes ☐ No **If no,** list address: _____

County: _____

7. **Does this person plan to file a federal income tax return the next time taxes are due?** (You can still renew even if you don't file taxes.)

☐ **YES. If yes,** who will **this person claim** on taxes? Tell us their full name (first, middle initial, last).

_____

Will this person file jointly with a spouse? ☐ Yes ☐ No If yes, tell us the spouse's name: _____

☐ **NO. If no,** will this person be claimed as a tax dependent by someone else? ☐ Yes ☐ No

If yes, tell us **who will claim this person** as a tax dependent. Tell us their full name (first, middle initial, last) and how he or she is related to this person. _____ Does he/she live with this person? ☐ Yes ☐ No

8. Is this person pregnant? ☐ Yes ☐ No **If yes,** how many babies are expected during this pregnancy? _____
What is the due date? _____ (mm/dd/yyyy)

9. Does this person have health coverage with us now? This includes TennCare, QMB/SLMB, or CoverKids. ☐ Yes ☐ No
If no, go to Current Job and Income on page 8.

If yes, does this person want to **keep** it? ☐ **YES. If yes, go to question 10.**
☐ **NO If no, we'll end this person's coverage.** We'll send a letter that says when it ends.
Circle the coverage you want to end: **TennCare QMB/SLMB CoverKids**
*If other people in your house want to **keep** their coverage **go to Current Job and Income on page 8.**

10. Does this person live in a medical facility or nursing home or need nursing home care either in a nursing home or at home?
☐ Yes ☐ No **If Yes,** fill out and send in **both Appendix A and this Renewal Packet.**

11. Does this person have Medicare and want to get or keep help paying Medicare cost sharing, like QMB or SLMB? These pay for Medicare premiums and sometimes Medicare co-pays, and deductibles. ☐ Yes ☐ No If Yes, fill out and send in **both Appendix A and this Renewal Packet.**

12. Does this person need hospice care? ☐ Yes ☐ No **If Yes,** fill out and send in **both Appendix A and this Renewal Packet.**

13. Has this person gotten both an SSI check and a Social Security check in the same month at least once since April 1977, AND still gets a Social Security check? ☐ Yes ☐ No **If Yes,** fill out and send in **both Appendix A and this Renewal Packet.**

14. Is this person pregnant or under age 21? ☐ Yes ☐ No **If Yes,** has this person or anyone else in your home gotten care or medicine in the last 3 months **and** have bills (paid or unpaid) related to that care or medicine? Or has this person paid for any medical bills this month (no matter how old they are)? ☐ Yes ☐ No **If Yes,** fill out and send in **both Appendix A and this Renewal Packet.**

15. Is this person a U.S. citizen or U.S. national? ☐ Yes ☐ No

16. **If he/she isn't a U.S. citizen or U.S. national,** does he/she have an eligible immigration status? ☐ Yes

a. What is his/her immigration status? _____ What date did he/she gain that status? _____

What date did this person enter the U.S? _____

Fill in this person's document type and ID number below.

Alien or I-94 number

Card number or passport number

SEVIS ID or expiration date (optional)

Other (category code or country of issuance)

b. Did this person have a different status before? ☐ Yes ☐ No If yes, what was it? _____

c. Has this person lived in the U.S. since 1996? ☐ Yes ☐ No

d. Is this person or his/her spouse or parent a veteran or an active-duty member of the U.S. military? ☐ Yes ☐ No

STEP 2: Additional Family Member

Continue with family member from page 7.

Person 1's SSN _____ - ____ - _____

17. Does this person live with at least one child under the age of 18 (or 18 and a full time student) and are they the main person taking care of this child? ☐ Yes ☐ No

If yes, tell us their name:_____**relationship to this person:**_____

18. Was this person in foster care at age18 or older in Tennessee? ☐ Yes ☐ No

19. Is this person age 22 or younger? If yes, is this person a full time student? ☐Yes ☐No

20. Is this person a female under age 65 who is getting treatment now or needs treatment for breast or cervical cancer? ☐ Yes ☐ No

21. **If Hispanic/Latino, ethnicity (OPTIONAL—check all that apply.)**

☐ Mexican ☐Mexican American ☐ Chicano/a ☐ Puerto Rican ☐ Cuban ☐ Other _____

22. **Race (OPTIONAL— check all that apply.)**

☐ White ☐ Asian Indian ☐ Japanese ☐ Other Asian ☐ Samoan
☐ Black or African American ☐ Chinese ☐ Korean ☐ Native Hawaiian ☐ Other Pacific Islander
☐ American Indian or Alaska Native ☐ Filipino ☐ Vietnamese ☐ Guamanian or Chamorro ☐Other_____

Current Job & Income Information

The Instruction Guide explains more about the proof we need.

☐ **Employed** Start with question 23.

☐ **Not employed** Skip to question 32.

☐ **Self-employed** Skip to question 31.

CURRENT JOB 1: If this person is currently employed, tell us about his/her income for **the last 8 weeks.**

23. Employer name and address

24. Employer phone number ( ) –

25. Wages/tips (before taxes) $ _____ ☐ Hourly ☐ Weekly☐ Every 2 weeks☐ Twice a month ☐ Monthly ☐Yearly

26. Average hours worked each WEEK _____

CURRENT JOB 2: If this person has more than 2 jobs and need more space, attach another sheet of paper.

27. Employer name and address

28. Employer phone number ( ) –

29. Wages/tips (before taxes) $ _____ ☐ Hourly ☐Weekly ☐ Every 2 weeks ☐ Twice a month ☐ Monthly ☐Yearly

30. Average hours worked each WEEK_____

31. **If self-employed, answer the following questions:**

a. Type of Work

b. How much net income (profits once business expenses are paid) will this person get from this self-employment this month?
$_____

32. **OTHER INCOME THIS MONTH:** Check all that apply, and give the amount and how often this person gets it.
NOTE: You don't need to tell us about child support, veteran's payment, or Supplemental Security Income (SSI).

☐ None

☐ Unemployment $ _____ How often? _____

☐ Pensions $ _____ How often? _____

☐ Social Security $ _____ How often? _____

☐ Retirement Accounts $ _____How often? _____

☐ Alimony received $ _____ How often?_____

☐ Net farming/fishing $_____How often?_____

☐ Net rental/royalty $_____How often?_____

☐ Other income Type:_____

33. **DEDUCTIONS:** Check all that apply. Tell us the amount and how often this person gets it. If he/she pays for certain things that can be deducted on a federal income tax return, telling us about them could make the income a little lower. **NOTE:** Don't include a cost already considered in the answer to net self-employment (question 31b). The Instruction Guide explains more about the proof we need.

☐ Alimony paid $ _____ How often? _____

☐ Student loan interest $ _____ How often? _____

☐ Other deductions Type:_____ $ _____ How often? _____

THANKS! This is all we need to know about this family member.

Do you have more family members to tell us about? You can add one more family member on the next pages. If you need to add more family members who live with you, make a copy of pages 9 and 10. Your local Department of Human Services (DHS) office can make a copy for you.

Darry Crockett 123456

STEP 2: Additional Family Member

Person 1's SSN ____ - _____ - ____

Continue Step 2 for other people who live with you and/or anyone on your same federal income tax return (if you file one). If you don't file a tax return, remember to still add family members who live with you.

1.First name, Middle name, Last name, & Suffix (Jr., Sr., III)

2. Relationship to you?

3. Date of birth (mm/dd/yyyy)

4.Sex ☐ Male ☐ Female

5. Social Security number (SSN) __ __ __ - __ - __ __ __ __ **We need this if you want to keep health coverage and have a SSN.** If you have applied for an SSN but have not received it, when did you apply? _____

6. Does this person live at the same address as Person 1? ☐ Yes ☐ No **If no,** list address: _____

County: _____

7. **Does this person plan to file a federal income tax return the next time taxes are due?** (You can still renew even if you don't file taxes.)

☐ **YES. If yes,** who will **this person claim** on taxes? Tell us their full name (first, middle initial, last).

Will this person file jointly with a spouse? ☐ Yes ☐ No If yes, tell us the spouse's name: _____

☐ **NO. If no** will this person be claimed as a tax dependent by someone else? ☐ Yes ☐ No

If yes, tell us **who will claim this person** as a tax dependent. Tell us their full name (first, middle initial, last) and how he or she is related to this person. _____ Does he/she live with this person? ☐ Yes ☐ No

8. Is this person pregnant? ☐ Yes ☐ No **If yes,** how many babies are expected during this pregnancy? _____
What is the due date? _____ (mm/dd/yyyy)

9. Does this person have health coverage with us now? This includes TennCare, QMB/SLMB, or CoverKids. ☐ Yes ☐ No
If no, go to Current Job and Income on page 10.

If yes, does this person want to **keep** it? ☐ **YES. If yes, go to question 10.**
☐ **NO If no, we'll end this person's coverage.** We'll send a letter that says when it ends.
Circle the coverage you want to end: **TennCare QMB/SLMB CoverKids**
*If other people in your house want to **keep** their coverage **go to Current Job and Income on page 10.**

10. Does this person live in a medical facility or nursing home or need nursing home care either in a nursing home or at home?
☐ Yes ☐ No **If Yes,** fill out and send in **both Appendix A and this Renewal Packet.**

11. Does this person have Medicare and want to get or keep help paying Medicare cost sharing, like QMB or SLMB? These pay for Medicare premiums and sometimes Medicare co-pays, and deductibles. ☐ Yes ☐ No If Yes, fill out and send in **both Appendix A and this Renewal Packet.**

12. Does this person need hospice care? ☐ Yes ☐ No **If Yes,** fill out and send in **both Appendix A and this Renewal Packet.**

13. Has this person gotten both an SSI check and a Social Security check in the same month at least once since April 1977, AND still gets a Social Security check? ☐ Yes ☐ No **If Yes,** fill out and send in **both Appendix A and this Renewal Packet.**

14. Is this person pregnant or under age 21? ☐ Yes ☐ No **If Yes,** has this person or anyone in your home gotten care or medicine in the last 3 months **and** have bills (paid or unpaid) related to that care or medicine? Or has this person paid for any medical bills this month (no matter how old they are)? ☐ Yes ☐ No **If Yes,** fill out and send in **both Appendix A and this Renewal Packet.**

15. Is this person a U.S. citizen or U.S. national? ☐ Yes ☐ No

16. **If he/she isn't a U.S. citizen or U.S. national,** does he/she have an eligible immigration status? ☐ Yes

a. What is his/her immigration status? _____ What date did he/she gain that status? _____

What date did this person enter the U.S? _____

Fill in this person's document type and ID number below.

Alien or I-94 number

Card number or passport number

SEVIS ID or expiration date (optional)

Other (category code or country of issuance)

b. Did this person have a different status before? ☐ Yes ☐ No If yes, what was it? _____

c. Has this person lived in the U.S. since 1996? ☐ Yes ☐ No

d. Is this person or his/her spouse or parent a veteran or an active-duty member of the U.S. military? ☐ Yes ☐ No

Need help with your application? Call us at **1-855-259-0701.** Do you need help in a language other than English? When you call, tell us the language you need. We'll get you help at no cost to you. Do you have a hearing or speech problem and use a TTY? Call 1-800-848-0298, then dial 1-855-259-0701.

STEP 2: Additional Family Member

Continue with family member from page 9.

Person 1's SSN ____ - _____ - ____

17. Does this person live with at least one child under the age of 18 (or 18 and a full time student) and are they the main person taking care of this child? ☐ Yes ☐ No

If yes, tell us their name:_____ **relationship to this person:**_____

18. Was this person in foster care at age18 or older in Tennessee? ☐ Yes ☐ No

19. Is this person age 22 or younger? If yes, is this person a full time student? ☐ Yes ☐ No

20. Is this person a female under age 65 who is getting treatment now or needs treatment for breast or cervical cancer? ☐ Yes ☐ No

21. **If Hispanic/Latino, ethnicity (OPTIONAL—check all that apply.)**

☐ Mexican ☐ Mexican American ☐ Chicano/a ☐ Puerto Rican ☐ Cuban ☐ Other _____

22. **Race (OPTIONAL— check all that apply.)**

☐ White ☐ Asian Indian ☐ Japanese ☐ Other Asian ☐ Samoan
☐ Black or African American ☐ Chinese ☐ Korean ☐ Native Hawaiian ☐ Other Pacific Islander
☐ American Indian or Alaska Native ☐ Filipino ☐ Vietnamese ☐ Guamanian or Chamorro ☐ Other_____

Current Job & Income Information

The Instruction Guide explains more about the proof we need.

☐ **Employed** — Start with question 23.

☐ **Not employed** — Skip to question 32.

☐ **Self-employed** — Skip to question 31.

CURRENT JOB 1: If this person is currently employed, tell us about his/her income for **the last 8 weeks.**

23. Employer name and address

24. Employer phone number ( ) –

25. Wages/tips (before taxes) **$** _____ ☐ Hourly ☐ Weekly ☐ Every 2 weeks ☐ Twice a month ☐ Monthly ☐ Yearly

26. Average hours worked each WEEK

CURRENT JOB 2: If this person has more than 2 jobs and need more space, attach another sheet of paper.

27. Employer name and address

28. Employer phone number ( ) –

29. Wages/tips (before taxes) **$** _____ ☐ Hourly ☐ Weekly ☐ Every 2 weeks ☐ Twice a month ☐ Monthly ☐ Yearly

30. Average hours worked each WEEK_____

31. **If self-employed, answer the following questions:**

a. Type of Work

b. How much net income (profits once business expenses are paid) will this person get from this self-employment this month?
$_____

32. **OTHER INCOME THIS MONTH:** Check all that apply, and give the amount and how often this person gets it.
NOTE: You don't need to tell us about child support, veteran's payment, or Supplemental Security Income (SSI).

☐ None

☐ Unemployment $ _____ How often? _____

☐ Pensions $ _____ How often? _____

☐ Social Security $ _____ How often? _____

☐ Retirement Accounts $ _____ How often? _____

☐ Alimony received $ _____ How often? _____

☐ Net farming/fishing $ _____ How often? _____

☐ Net rental/royalty $ _____ How often? _____

☐ Other income Type: _____

33. **DEDUCTIONS:** Check all that apply. Tell us the amount and how often this person gets it. If he/she pays for certain things that can be deducted on a federal income tax return, telling us about them could make the income a little lower. **NOTE:** Don't include a cost that you already considered in the answer to net self-employment (question 31b). The Instruction Guide explains more about the proof we need.

☐ Alimony paid $ _____ How often? _____

☐ Student loan interest $ _____ How often? _____

☐ Other deductions Type: _____ $ _____ How often? _____

THANKS! This is all we need to know about this family member.

Do you still have more family members to tell us about? If you need to add more family members who live with you, make a copy of pages 9 and 10. Your local Department of Human Services (DHS) office can make a copy for you.

STEP 3 Your Family's Health Coverage

Person 1's SSN 123-45-6789

Answer these questions for anyone who needs health coverage.

1. **Is anyone enrolled in health coverage now from the following?** ☐ **YES** ☒ **NO**
   If yes, check the kind of coverage and **write the person's name(s)** next to the coverage they have.

   ☐ Medicare:

   ☐ TRICARE (Don't check if you have direct care or Line of Duty):

   ☐ VA health care programs:

   ☐ Peace Corps:

   ☐ Employer insurance:

   Name of health insurance:

   Policy Number:

   Is this COBRA coverage? ☐ Yes ☐ No
   Is this a retiree health plan? ☐ Yes ☐ No

   ☐ Other:

   Name of health insurance:

   Policy Number:

   Is this a limited-benefit plan (Like a school accident policy)? ☐ Yes ☐ No

2. **Does this health insurance cover maternity benefits?** ☐ **Yes** ☐ **No**

3. **Is anyone listed on this application offered health coverage from a job?** Check yes even if the coverage is from someone else's job, such as a parent or spouse.

   ☐ **YES. If yes, tell us who:**

   ☒ **NO. If no, continue to Step 4.**

STEP 4 Help with Completing this Renewal Packet

Do you need help with your Renewal Packet?

- You can call the Tennessee Health Connection at **1-855-259-0701.**

What if you need help in person with your Renewal Packet?

- Your local Department of Human Services (DHS) office can help you. To find your local office, go to https://www.tn.gov/humanservices and click Find our Offices at the bottom of the page or call **1-866-311-4287.**

- If you're getting care at a local community mental health center, they can also help you. Their offices are listed at http://tamho.org/service.php.

Do you have an authorized representative who can talk to us about your Renewal Packet on your behalf?

This is a trusted person who, with your consent (your OK), will:

- talk about this Renewal Packet and your health care with us,
- see your information,
- act for you on matters related to this packet and your coverage (including getting information about your Renewal Packet)
- and sign your Renewal Packet on your behalf.

Need help with your application? Call us at **1-855-259-0701.** Do you need help in a language other than English? When you call, tell us the language you need. We'll get you help at no cost to you. Do you have a hearing or speech problem and use a TTY? Call 1-800-848-0298, then dial 1-855-259-0701.

STEP 4 (continued)

Person 1's SSN 123-45-6789

Your authorized representative can be an individual or an organization. Information shared by and with your representative may be shared with others. Not everyone has to follow the same privacy rules.

Your representative will continue to have these rights until you tell us you want to change. If you ever need to change your authorized representative, or end their rights as your representative, call the Tennessee Health Connection at **1-855-259-0701**. This will not change facts we have already shared with your representative, but we won't share any more facts.

If you or someone in this Renewal Packet already has a legally appointed representative (a guardian, custodian or power of attorney), send us proof with the packet. It's helpful to send it even if you've already given us this proof before. Remember, we must have proof of your authorized representative in our files before we can speak to him/her.

You can choose a new representative by filling out their information below.

1. Name of authorized representative (First name, Middle name, Last name)		
2. Address		3. Apartment or suite number
4. City	5. State	6. ZIP code
7. Phone number ( ) ----	8. Email address	

If your representative is part of an organization helping you renew your coverage, such as a hospital, a doctor, or a nursing home, the employee representative must complete the information and sign below.

They must also agree that:

As an employee, staff member or volunteer with the named organization or provider below, they affirm that they will adhere to 42 CFR 431(f), 42 CFR 155.260(f) and 45 CFR 447.10, as well as other relevant State and Federal laws concerning conflicts of interest and confidentiality of information. The organization or provider shall notify the Agency of any change in name or contact information for the representative within ten (10) days of the change.

1. Organization name (if applicable)	2. ID number (if applicable)
3. Signature of authorized representative (if applicable)	4. Date (if applicable)

There's one more page before you're finished. It's for you to **Read and Sign** this Renewal Packet.

STEP 5 Read & sign this Renewal Packet.

Person 1's SSN 123 - 45 - 6789

- I'm signing this Renewal Packet under penalty of perjury which means I've provided true answers to all the questions on this form and its supplements to the best of my knowledge. I know that I may be subject to penalties under state and federal law if I provide false and or untrue information.
- I know that I must tell the Tennessee Health Connection if anything changes (and is different than) what I wrote on this Renewal Packet **within 10 days** of that change. I can call **1-855-259-0701** to report any changes. I understand that a change in my information could affect the eligibility for member(s) of my household.
- I know that under federal law, discrimination isn't permitted on the basis of race, color, national origin, sex, age, sexual orientation, gender identity, or disability. If you think you have been treated unfairly, call **1-855-259-0701** to report it. It's a free call.
- If you are approved, you can't keep any health insurance or medical payments you get from insurance or other companies. Those payments belong to the State. You must sign them over to the State.
- What if the Tennessee Bureau of Investigation, the TennCare Office of Inspector General or another agency asks for your help catching TennCare fraud and abuse? You must help.
- If the State pays for medical bills or for nursing home care for you, the State may get that money back. When you die, the State may take money that you owe from your estate.
- No one else can use your TennCare card. What if you let someone else use your card? You may have to pay the State back for that other person's medical bills. And you could go to jail.
- If you have an SSN and are applying for benefits you are required to provide a valid SSN. Federal law lets us ask for an SSN. 42 CFR 435.910. State law also lets us ask for your SSN. Tenn. Code Ann § 71-5-106.
- No one included on this Renewal Packet is incarcerated (detained in jail or prison). If a person listed in this Renewal Packet **is** in jail or prison **now**, tell us who:

_____
(name of person)

If anyone on this application is eligible for Medicaid

- I am giving to TennCare Medicaid our rights to pursue and get any money from other health insurance, legal settlements, or other third parties. I am also giving to TennCare Medicaid rights to pursue and get medical support from a spouse or parent.
- Does any child on this application have a parent living outside of the home? ☐Yes ☐ No
- If yes, I know I will be asked to cooperate with the agency that collects medical support from an absent parent. If I think that cooperating to collect medical support will harm me or my children, I can tell Medicaid and I may not have to cooperate.

My right to appeal

If I think TennCare Medicaid or CoverKids (CHIP) has made a mistake, I can appeal its decision. To appeal means to tell someone that I think the action is wrong, and ask for a fair review of the action. I know that I can find out how to appeal by contacting the Tennessee Health Connection at **1-855-259-0701.** I know that I can be represented in the process by someone other than myself. My eligibility and other important information will be explained to me.

Sign this Renewal Packet in the space below. The person who filled out Step 1 should **sign below.** If you're an authorized representative you may sign below, as long as you have provided the information required in Step 4. If you're signing because the applicant is not physically capable, please indicate the reason.

Signature:	Print Name:	Date (mm/dd/yyyy)
Davy Crockett	Davy Crockett	7/15/2016

STEP 6 Mail or Fax completed Renewal Packet.

Mail your signed Renewal Packet to the address below. Be sure to include Appendix A and/or B if necessary.

Tennessee Health Connection
P.O. Box 20201
Nashville, TN 37202-0201

You may also fax your application to **1-877-430-0843.** Remember to send in the proof we need to decide if you can keep TennCare or CoverKids.

If you want to register to vote, you can complete a voter registration form at **www.tn.gov/sos/election/registration.**

Need help with your application? Call us at **1-855-259-0701.** Do you need help in a language other than English? When you call, tell us the language you need. We'll get you help at no cost to you. Do you have a hearing or speech problem and use a TTY? Call 1-800-848-0298, then dial 1-855-259-0701.

Appendix A
Renewal Packet

Use Appendix A if you answer "yes" to any of these questions. Be sure to check the box next to the question (or questions) that applies to you.

Does more than one person need to use Appendix A? Make a copy and then complete Appendix A for each additional person.

Do you live in a medical facility or nursing home or do you need nursing home care either in a nursing home or at home? ☐ Yes

Do you have Medicare and want to get or keep help paying your Medicare cost sharing, like QMB or SLMB? These pay for your Medicare premiums and sometimes your Medicare co-pays, and deductibles. ☐ Yes

Do you need hospice care? ☐ Yes

Have you gotten both an SSI check and a Social Security check in the same month at least once since April 1977, AND do you still get a Social Security check? ☐ Yes

Are you pregnant or under age 21? AND have you or anyone else in your home gotten care or medicine in the last 3 months **and** have bills (paid or unpaid) for that care or medicine? ☐ Yes If you answer yes to this question, you only need to complete Part 1 and Part 5 of these pages.

Are you getting Social Security payments? ☐ Yes

Mail Appendix A **and** your renewal packet to the **Tennessee Health Connection, P.O. Box 20201 Nashville, TN 37202-0201. Or fax it to 1-877-430-0843.**

Part 1. Tell us who is using Appendix A.

Name: _____ SSN: _____-____-_____

Part 2. Questions about getting care

Would you qualify for care in a nursing home, but want care at home instead? Yes ☐ No ☐

Would you qualify for care in an Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities (ICF/IID), but want care at home instead? Yes ☐ No ☐

If yes, does this person have **intellectual disabilities** (an IQ of 70 or below) that started **before age 18?** Yes ☐ No ☐

Do you have a spouse (a husband or wife) who doesn't live in your home too?
Yes ☐ No ☐ **If yes,** who? _____
Why does this person not live in this home? _____

Are you getting care in a nursing home? Yes ☐ No ☐
If yes, what's the name of the nursing home? _____

When did you start getting care in the nursing home? _____

Part 3. Questions about income.

Are you getting a Social Security check now and did you also get a Social Security check in 1972?
Yes ☐ No ☐

Did you lose Medicare because you went back to work and were making more money than your Social Security income limit? Yes ☐ No ☐

Does the person applying, his/her spouse, adult disabled child, or parent in the home get any of the kinds of income listed below? Yes ☐ No ☐

- Money from friends or relatives
- Child Support Payments
- Unemployment Payments from another state
- Veteran's Benefits
- Workers' Compensation
- Interest/Dividends/Royalties
- Rental Income
- Other

If yes, tell us about it in the box below and **send proof.** Don't send the original. **Send a copy.**

Name of person (Who gets this money?)	What kind?	How much do they get?	How often?	Who pays them?	What is their Phone Number?
		$			
		$			
		$			

Do you get SSI payments? Yes ☐ No ☐
If yes, tell us who.

_____

You **don't** have to send proof of this income. We'll get it for you.

Part 4. Tell us if you pay for child care or care for a disabled adult.

Do you pay for child care or care for a disabled adult? Yes ☐ No ☐
If yes, fill in the boxes below. Send proof that shows **who gives the care** and **how much you pay them.** This proof must be signed by the person that gives this care. It must say how much you pay and how often.

Who gets this care?	Who pays for this care?	How much does it cost?	How often do you pay?	Name and Phone Number of Caregiver
		$		
		$		

Does anyone have other types of expenses, like for your blindness or disability?

If yes, fill in the boxes below. Send proof that shows **how much you pay.** It must say how much you pay and how often.

What is the expense?	Who pays for this?	How much does it cost?	How often do you pay?
		$	
		$	

Part 5. Tell us what you own. If you need more room, you can add more pages.

On the next pages, you **must** tell us what you own. What if you don't tell us about what you own or you're over the limit? **You won't qualify for TennCare Medicaid** in any group that has a resource limit.

Do you own:	What's it worth now?	How much do you owe on it?	The kind of proof we need:
Property Tell us these things about the property in the space below:			Something that shows what it's worth like a property tax statement and something that shows how much you owe like a mortgage statement
Street Address: City: State: ZIP:	$	$	
Street Address: City: State: ZIP:	$	$	
Checking accounts Bank Name: _____	$		Statement from bank or credit union that shows the balance
Savings or credit union accounts Bank Name: _____	$		
Christmas Club accounts Bank Name: _____	$		
Cars and trucks Tell us the make, model and year below.			
Make_____ Model Year	$	$	Payment book or signed statement that says how much you owe
Make_____ Model Year	$	$	
Make_____ Model Year	$	$	
Motorcycles and boats			
Make_____ Model Year	$	$	
Make_____ Model Year	$	$	
RVs and campers			
Make_____ Model Year	$	$	
Trust fund or Estate	$		Copy of legal papers
Stocks Name:_____ Number Owned: _____	Current value: $		Bank or investment company papers that show: • the kind of stock or bonds, • how many you own of each kind, and • how much they're worth
Bonds Name:_____ Number Owned: _____	Current value: $		
IRAs and Keogh Plans	Account value: $		Statement that shows the balance. Are you drawing off this amount? Yes ☐ No ☐ If yes, how much? $
Savings Certificates or CDs	$		Statement from bank that shows the balance
Tax Shelter Accounts	$		

Dev: 12Dec15

000247 12/54

MAX TN 401 04/26/2016 000019 06/11/2016

Darry Crockett 123456

Do you own:	What's it worth now?	How much do you owe on it?	The kind of proof we need:
Revocable burial contract	$	$	Copy of the burial contract
Irrevocable burial contract	$	$	Copy of the burial contract
Cemetery Lots How many? _____ Are the lots for you or members of your immediate family? Yes ☐ No ☐ If no, for who?_____	$	$	A deed and something from the cemetery that shows how much you could sell the lots for now
Other (Tell us what):	$	$	

Does anyone in your household have a life insurance policy? Yes ☐ No ☐

Tell us who	What is its cash value?	Insurance Company Name and Phone Number
	$	
	$	

Part 6. ONLY fill out this part if:

- **You live in a nursing home and want Medicaid to help pay for your nursing home care. Or you think you qualify for care in a nursing home but want to get care at home.**
- **Or, you've gotten both an SSI check and a Social Security check in the same month at least once since April 1977, and you still get a Social Security check.**

In the last 60 months (5 years), have you sold or given away any of the kinds of things listed in Part 5? Yes ☐ No ☐ If yes, fill in the boxes below.

What did you sell or give away?	What was it worth?	How much did you owe on it?	If you sold it, how much did you get?	The kind of proof we need:
	$	$	$	Something that shows: • how much it was worth, and • how much you owed on it, and • how much you sold it for
	$	$	$	
	$	$	$	
	$	$	$	

In the last 12 months (1 year) has anyone in your household gotten a lump sum of money? This could be something like an insurance settlement, back pay for Social security, or a lottery prize.
Yes ☐ No ☐ If yes, fill in the boxes below.

Tell us who	How much did this person get?	Where did it come from?	The kind of proof we need:
	$		Bank records or an award letter that shows how much you got.
	$		
	$		
	$		

Appendix B
Renewal Packet

TN Health Care Finance & Administration | TennCare

American Indian or Alaska Native Family Member (AI/AN)

Complete this appendix if **you or a family member are American Indian or Alaska Native** and want to keep coverage. Mail your Renewal Packet and Appendix B to the address listed in Step 6 of your Renewal Packet.

Tell us about your American Indian or Alaska Native family member(s).

American Indians and Alaska Natives can get services from the Indian Health Services, tribal health programs, or urban Indian health programs. They also may not have to pay cost sharing and may get special monthly enrollment periods. Answer the questions below to make sure your family gets the most help possible. **NOTE: If you have more people to include, make a copy of this page and attach.**

AI/AN PERSON 1:

1. Name (First name, Middle name, Last name)

2. Member of a federally recognized tribe? Yes☐ No☐
   If yes, Tribe name:
   State tribe is located in:

3. Has this person ever gotten a service from the Indian Health Service, a tribal health program, or urban Indian health program, or through a referral from one of these programs? Yes☐ No☐

   If no, is this person eligible to get services from the Indian Health Service, tribal health programs, or urban Indian health programs, or through a referral from one of these programs? Yes☐ No☐

4. Certain money received may not be counted for Medicaid or the Children's Health Insurance Program (CHIP). List any income (amount and how often) reported on your application that includes money from these sources:
   - Per capita payments from a tribe that come from natural resources, usage rights, leases, or royalties
   - Payments from natural resources, farming, ranching, fishing, leases, or royalties from land designated as Indian trust land by the Department of Interior (including reservations and former reservations)
   - Money from selling things that have cultural significance

   $ How often?
   $ How often?

AI/AN PERSON 2:

1. Name (First name, Middle name, Last name)

2. Member of a federally recognized tribe? Yes☐ No☐
   If yes, Tribe name:
   State tribe is located in:

3. Has this person ever gotten a service from the Indian Health Service, a tribal health program, or urban Indian health program, or through a referral from one of these programs? Yes☐ No☐

   If no, is this person eligible to get services from the Indian Health Service, tribal health programs, or urban Indian health programs, or through a referral from one of these programs? Yes☐ No☐

4. Certain money received may not be counted for Medicaid or the Children's Health Insurance Program (CHIP). List any income (amount and how often) reported on your application that includes money from these sources:
   - Per capita payments from a tribe that come from natural resources, usage rights, leases, or royalties
   - Payments from natural resources, farming, ranching, fishing, leases, or royalties from land designated as Indian trust land by the Department of Interior (including reservations and former reservations)
   - Money from selling things that have cultural significance

   $ How often?
   $ How often?

Division of
Health Care
Finance & Administration

Instructions to Help You Complete the Renewal Packet

This Instruction Packet is meant to provide assistance with completing renewal packets received in the mail for redetermination. Each renewal packet is **bar-coded** to the individual chosen to receive the packet. If you need a new copy of the renewal packet, call Tennessee Health Connection at 1-855-259-0701 to request a reprint.

What if you don't already have health coverage? The renewal packet cannot be used as an application for TennCare or CoverKids. To apply for coverage, go to www.healthcare.gov or call 1-800-318-2596. More information about how to apply can be found on the TennCare website at www.tn.gov/tenncare.

Have you lost coverage in the last 90 days for failing to return information to the State? You can still use this renewal packet. But, if you lost coverage **more** than 90 days ago, you must reapply.

Step 1 – Tell us about yourself.

The information in Step 1 is asking for information about the person chosen to receive the renewal packet (the person named on the letter with this renewal packet). This person should have health coverage with us.

This section should be completed as fully as possible to ensure we are able to reach the member for any additional information that may be needed. Otherwise, the State will be unable to renew the coverage for the member.

Step 2

Step 2 should be completed as fully as possible for each person who lives with you in the household. These instructions are written as if the person identified in Step 1 is filling out the renewal packet. If you are filling the renewal packet out for that member (as the parent, friend, or adult child) you should fill it out from the member identified in Step 1's perspective.

If there are more than 2 people in the household, use the Step 2 Additional Family Member starting on pages 7 and 8. Make copies of those pages if there are more than 4 people in the household. Then complete those pages for each additional person. Be sure to add the Social Security Number (SSN) of the person listed as Person 1 (the person the packet was mailed to) at the top of each page that is returned to TennCare. Include Person 1's SSN on any proof you send in with the renewal packet too.

Do you plan to file taxes the next time taxes are due, or will you be claimed on someone else's taxes? If so, be sure to include everyone who will be listed on your tax return. If Person 1 (the person this packet was mailed to) will be included on a tax return that will be filed the next time taxes are due, be sure to include everyone that will be listed on that tax return.

What does "the next time taxes are due" mean? This means the next April 15th tax season, regardless of whether you plan to file your taxes on time. For example, if you fill out this renewal packet on July 1, 2015, include everyone who will be listed on your taxes that are due on

000247 14/54
MAX TN 401 04/26/2016 000022 06/11/2016

April 15, 2016. If you fill out this form on April 3, 2016, include everyone who will be listed on your taxes on April 15, 2016.

Your family or your household should include the following people:

- Yourself (the person who received the Packet in the mail)
- Your spouse, if you have one
- Your children under age 21 if they live with you
- Anyone listed on your tax return, or anyone listed on a tax return on which you are included, even if they don't live with you.
- Anyone else under age 21 who you take care of and who lives with you
- Your parents if they live with you and you are under age 21

You DON'T have to include the following people:

- Your unmarried partner's children
- Your parents who live with you, but file their own tax return (if you're over age 21)
- Other adult relatives who live with you but file their own tax return

Remember if you have more than 4 people in your family, make a copy of the Additional Family member's pages and include them when you send in your renewal packet. You can get help making copies at any Department of Human Services (DHS) office in the state.

Step 2 Person 1

Questions 1-4	Person 1 is the person chosen to receive the renewal packet (the person named on the letter with this renewal packet). Person 1 should provide complete information for questions 1-4, which includes the following: • First name, middle name, last name & suffix (Jr., Sr., III) • Date of birth • Sex (Male/Female)
Question 5	Person 1's Social Security Number (SSN) should be provided to help us renew the member's eligibility more quickly. There are some exceptions for providing a SSN, but if Person 1 has an SSN, that information should be provided. Individuals not going through renewal are not required to provide an SSN, but it is helpful.
Question 6	Person 1 should tell us if they plan to file a federal income tax return or will be included in someone else's tax return the next time taxes are due, which means next April 15th. Question 6 is not asking if Person 1 has filed taxes in the past. Question 6 is asking if Person 1 will be included on a tax return that Person 1 or his family plans to file during the **next** tax season. For this question, it doesn't matter whether Person 1 plans to file taxes on time. 6, If yes: If Person 1 plans to file taxes or will be included on someone else's taxes, Person 1 should list all tax dependents that will be claimed on that return. The following should be provided for each dependent:

MAX TN 401 04/26/2016 000023 06/11/2016

	• Full name (first, middle initial, last) 6, If no: If Person 1 does not plan to file taxes, but will be claimed as a tax dependent, Person 1 needs to tell us the following: • Full name (first, middle initial, last) of the person (the tax filer) that will claim Person 1; • The tax filer's relationship to Person 1 (child, spouse, etc.); • If Person 1 is living with the person (the tax filer) that will claim them. If Person 1 is not sure about plans to file taxes, Person 1 may answer no to question 6. Person 1 does not have to file taxes or be claimed as a tax dependent to be renewed.
Question 7	If Person 1 is pregnant she must also tell us the following: • The number of babies expected; • The expected due date.
Question 8	Does Person 1 have health coverage with us now? Health coverage with us means TennCare, CoverKids, or a Medicare Savings Plan (help that the state provides in paying for your Medicare premiums, like QMB or SLMB). Check **YES** if Person 1 wants to see if he/she can keep coverage. What if the renewal packet is returned and Person 1 is found no longer eligible for TennCare? He or she will be considered for CoverKids. If Person 1 has health coverage with us now but wants to **end (terminate)** his coverage check **NO.** If Person 1 says NO (Person 1 **does not want to keep coverage)**, we will **end** your current health coverage. We'll send you a letter that says when your coverage ends. **IMPORTANT:** Person 1 must tell us what kind of coverage he/she wants to end. Person 1 may choose to end his/her TennCare, CoverKids, or Medicare Savings Plan (like QMB or SLMB). Circle the one that Person 1 wants to end. If Person 1 **does not have** health coverage with us now, or has not lost coverage in the last 90 days for failure to return information to the State, this renewal packet **cannot be used to apply**. Health coverage with us means TennCare, CoverKids, or a Medicare Savings Plan (like QMB or SLMB. **To apply** for TennCare or CoverKids, go to healthcare.gov or call the Federally Facilitated Marketplace at 1-800-318-2596. Or a person may apply for new coverage by mail. Go to https://marketplace.cms.gov/applications-and-forms/marketplace-application-for-family.pdf to print a paper application. Mail it to Health Insurance Marketplace Dept. of Health and Human Services 465 Industrial Blvd London, KY 40750-0001.

000247 15/54
MAX TN 401 04/26/2016 000024 06/11/2016
Dany Crockett 123456

Questions 9-13	Answering "yes" to any of these questions means that Person 1: • Needs nursing home care in a nursing home or at home; • Has Medicare and wants help with Medicare costs (Medicare Savings Plan, like QMB or SLMB); • Needs hospice care in a nursing home; • Has gotten SSI and Social Security in the same month since 1977, and still gets Social Security; or • Is pregnant or under age 21, – **and** has bills for medical care in the last 3 months (paid or unpaid) – **or** has medical bills in the month of application or paid an outstanding medical bill during the month of application regardless of when that bill was incurred. Some of the types of bills that can be used are those for doctor visits, hospital stays, medicine, dental or vision care, or hearing aids. If Person 1 answers "yes" to these questions, Person 1 must send in proof of his/her resources with the renewal packet. "Resources are things owned by the member or a person in the household, such as vehicles, bank accounts, property. IMPORTANT: Person 1 who answers "yes" to questions 9-13 must also fill out Appendix A with the completed renewal packet. The renewal packet and Appendix A must be sent to us for review.
Questions 14-15	Person 1 should answer questions 14 and 15 about his/her citizenship status. What if Person 1 answers "no" to question 14 for US citizen or US national, but answers "yes" to question 15 as having eligible immigration status? Person 1 should provide all applicable numbers/IDs to ensure his/her status can be confirmed. Eligible immigration status means Person 1 has a status that allows you to be considered for health coverage. For example, a legal permanent resident who has only been in the country with that status for 2 years will not be eligible for TennCare. But someone who has been in the country with that status for 5 years could be reviewed for health coverage. Refugees and Asylees can be considered for health coverage. If you have had two different immigration statuses, be sure to tell us.
Question 16	If Person 1 is living with and is the main person caring for a child under 18 or is caring for an 18 year old who is still in school full time, he/she should answer "yes".
Question 17	If Person 1 is age 22 or younger and is a full-time student, he/she should answer "yes" to 17.

Dairy Crockett 123456
MAX TN 401 04/26/2016 000025 06/11/2016

Question 18	If Person 1 aged out of foster care at age 18 or older in Tennessee and had TennCare at that time, he/she should answer "yes" to 18.
Question 19	If Person 1 is a woman under 65 who needs or is currently getting treatment for breast or cervical cancer, she should answer "yes" to 19. If Person 1 has not been screened for breast or cervical cancer but thinks she might need screening, she should contact the Health Department: http://tn.gov/health/topic/localdepartments

Person 1 Current Job and Income Information

Person 1 should check either "not employed", "self-employed", or "employed".

Questions 22-25	If Person 1 has one job, questions 22-25 should be completed.
	• **Employer name, address, and phone number:** Enter the information for the current location where Person 1 is working.
	• **Wages/tips (before taxes):** This will be the amount showing on Person 1's pay stubs before taxes are taken out with any tips added to the total.
	  o Tips and other cash income from jobs: include all tip income, even if it's not reported to the employer.
	• **How often:** Person 1 should choose how often he/she receives the amount listed in the wages/tips field: "hourly," "weekly," "every 2 weeks," "twice a month," "monthly," or "yearly." If he/she is paid through a one-time contract, she can select "yearly."
	  o Amounts that change weekly: if the income amount changes each week, enter how much Person 1 expects to earn for the whole month, or enter the average number of hours Person 1 is working right now.
	• **Average hours each week:** Person 1 should enter the number of hours she usually works in a week. Include all jobs, even if they're part-time or paid in cash. Pay stubs, tax forms (1040 or W-2), or any other proof of work and income should be returned with the packet.
	
	Person 1 doesn't need to include amounts that an employer takes out of a paycheck for child care, health insurance, or retirement plans that are "not taxable." Sometimes these are called "pre-tax deductions."
	
	The pay stub should list these deductions individually. Don't include these amounts in the pay listed. The pay stub may "federal taxable wages," which subtracts the pre-tax amounts from gross wages. If this amount is listed on the pay stub, use it to report pay.
	
	What can be used as proof? Pay stubs, tax forms (1040 or W-2 for 2015),

000247 16/54
MAX TN 401 04/26/2016 000026 06/11/2016

	or any other proof of work and income should be returned with the renewal packet. If Person 1 sends in pay stubs, send the last 8 weeks from the time you return the renewal packet to the state. If Person 1 doesn't have 8 weeks of proof, send what you do have. Bank statements showing deposit amounts or letters from an employer can also be used as proof of income if other types of proof are not available.

Questions 26-29	If Person 1 has two jobs, questions 26-29 should also be completed:
	• **Employer name, address, and phone number:** Enter the information for the current location where Person 1 is working.
	• **Wages/tips (before taxes):** This will be the amount showing on Person 1's pay stubs before taxes are taken out with any tips added to the total.
	  o Tips and other cash income from jobs: include all tip income, even if it's not reported to the employer.
	• **How often:** Person 1 should choose how often he/she receives the amount listed in the wages/tips field: "hourly," "weekly," "every 2 weeks," "twice a month," "monthly," or "yearly." If she is paid through a one-time contract, she can select "yearly."
	  o Amounts that change weekly: if the income amount changes each week, enter how much Person 1 expects to earn for the whole month, or enter the average number of hours Person 1 is working right now.
	• **Average hours each week:** Person 1 should enter the number of hours he/she usually works in a week. Include all jobs, even if they're part-time or paid in cash. Pay stubs, tax forms (1040 or W-2), or any other proof of work and income should be returned with the packet.
	
	Person 1 doesn't need to include amounts that an employer takes out of a paycheck for child care, health insurance, or retirement plans that are "not taxable." Sometimes these are called "pre-tax deductions."
	
	The pay stub should list these deductions individually. Don't include these amounts in the pay listed. The pay stub may "federal taxable wages," which subtracts the pre-tax amounts from gross wages. If this amount is listed on the pay stub, use it to report pay.
	
	What can be used as proof? Pay stubs, tax forms (1040 or W-2 for 2015), or any other proof of work and income should be returned with the renewal packet. If Person 1 sends in pay stubs, send the last 8 weeks from the time you return the renewal packet to the state. If Person 1 doesn't have 8 weeks of proof, send what you do have. Bank statements showing deposit amounts or letters from an employer can also be used as proof of income if other types of proof are not available.

Question 30	Question 30 should be answered if Person 1 has income that is earned through self-employment. This is the net income Person 1 earns from his/her own

MAX TN 401 04/26/2016 000027 06/11/2016

	trade or business. For example, any net income (profit) earned from goods sold or services provided to others counts as self-employment income. If Person 1 selects "self-employment," he/she should describe the kind of work performed. There's no special format – just a simple description of the work is needed. For example, if he/she cleans houses, "house cleaning" could be entered. If he/she makes jewelry, "jewelry making" could be entered. If he/she works on construction projects, "construction" could be entered. To enter the net income from self-employment, Person 1 should enter an amount that includes the net income or net loss from self-employment. Net income is gross income from any trade or business minus allowable deductions for that trade or business. Allowable deductions include expenses paid to operate the business or participate in the trade, including: • Car and truck expenses (for travel during the work day, not commuting) • Depreciation • Employee wages and fringe benefits • Property, liability, or business interruption insurance • Interest on loans for your business (including mortgage interest paid to banks) • Legal and professional services • Rent or lease of business property and utilities • Commissions, taxes, licenses, and fees • Advertising • Contract labor • Repairs and maintenance This income should be reported and proof of the income should be included when the renewal packet is returned. This can include pay stubs, tax forms (such as the Schedule SE, Schedule C or Schedule F), or any other type of proof of the amounts received and how often they are received.
Question 31	Question 31 should include income not included in the current job section of the renewal packet. But do not include child support, Veteran's payments or Supplemental Security Income (SSI). If there is no income other than income already provided in the current job section, Person 1 should answer "none". If Person 1 has income not already provided in the current job section, Person 1 should tell us the kind of income received and how much: • **Unemployment** ○ Unemployment compensation includes any amount received under an unemployment compensation law of the United States or a state. Person 1 must include unemployment benefits

000247 17/54
MAX TN 401 04/26/2016 000028 06/11/2016
Dary Cockett 12345

(including from an employer or union) as income.

- **Pensions**
  - A pension is a payment or series of payments made to a person after he/she retires from work. Generally, the amount of the income from a pension account distribution depends on the type of pension account, how much was contributed to the pension account, and whether the amounts contributed were already taxed. Person 1 does not have to include a qualified distribution from a designated Roth account as income.
- **Social Security**
  - These are the amount a person gets from Social Security disability, retirement (including railroad retirement (RRB)), or survivor's benefits each month. Enter the full amount before any deductions, like Medicare premiums, income tax withholding, overpayments, child support, or alimony. Don't enter Supplemental Security Income (SSI) benefits.
- **Retirement Accounts**
  - A retirement benefit is a payment or series of payments made to a person after he or she retires from work. Generally, the amount of the income from a retirement account distribution depends on the type of retirement account, how much was contributed to the retirement account, and whether the amounts contributed were already taxed. Person 1 does not have to include a qualified distribution from a designated Roth account as income.
- **Alimony received**
  - Alimony received is money a person gets from a spouse he/she no longer lives with, or a former spouse, if paid as part of a divorce agreement, separation agreement, or court order. Payments designated in the agreement or ordered as child support or as a non-taxable property settlement are not considered alimony.
- **Net Farming/fishing**

  If this was already provided in the renewal packet as self-employment income, it should not be listed again.
  - If Person 1 has income from farming or fishing, he/she can enter it as "farming or fishing" income or "self-employment" income, but he/she should only enter it once.

    A person is in the business of farming if he cultivates, operates, or manages a farm for profit, either as owner or tenant. A farm can include livestock, dairy, poultry, fish, or fruit. It can also include plantations, ranches, ranges, and orchards. Fishing income includes amounts received from catching, taking, harvesting, cultivating, or farming fish, shellfish, crustacean,

MAX TN 401 04/26/2016 000029 06/11/2016

sponges, seaweeds, or other aquatic forms of animal or vegetable life, as well as money from patronage dividends and fuel tax credits and refunds.

- **Net rental/royalty**
  If this was already provided in the renewal packet as self-employment income, it should not be listed again
  - Rental income is the amount someone pays to use a person's property after property expenses are subtracted. Royalty income includes any payments received from a patent, copyright, or some other natural resource owned.
- **Other income**
  Any income received not already provided on the renewal packet can be included here. Person 1 does not need to provide income from child support, Veteran's payments or Supplemental Security Income (SSI). Examples of other income may include:
  - A one-time payment received this month, such as a bonus or severance. Provide the amount and how often the Other income is received. If it's a one-time payment be sure to say one-time payment.
  - Jury duty pay. If Person 1 is being paid for jury duty service, enter how much he/she is getting, including reimbursement for transportation. If the money from jury duty goes straight to Person 1's employer, don't enter it here.
  - Court awards. If Person 1 was involved in and got money from a lawsuit, the money may be taxable. Examples of money from lawsuits that not taxable are amounts awarded for personal physical injury or sickness and an amount received as compensation for damages to the person's property if the payment is less than the amount paid for the property. Payments to compensate a person for lost wages or punitive damages awards are examples of taxable court awards.
  - If other income is selected by a member of the clergy or a religious order he should exclude the same income excluded on the federal income tax return.
  - Cash support. This is an option if someone who isn't Person 1's parent or spouse claims Person 1 as a dependent for taxes.

    Provide the amount of the cash support. For example, if the tax filer gives the person $200 per month to help pay for rent or other living costs, include that amount here. Don't include in-kind support that the tax filer provides, such as the value of room and board, or clothes purchased by the tax filer. Only enter cash support if Person 1 is a tax dependent of someone

000247 18/54
MAX TN 401 04/26/2016 000030 06/11/2016
Dany Crockett 123456

	other than a parent or spouse. o Gambling, prizes, or awards: This includes lottery winnings. It doesn't include prizes that aren't taxable, like most academic scholarships.
Question 32	There are certain expenses Person 1 can use to lower his/her gross income (called deductions). These expenses are like expenses or deductions allowed by the IRS. Person 1 doesn't have to be a tax filer to get these deductions. Person 1 should tell us about these deductions in question 32. Deductions already deducted out of Self-employment income should not be reported again here. If Person 1 has deductions, he/she should tell us about them here: • **Alimony paid:** Person 1 should tell us how much he/she pays and how often. • **Student loan interest:** Person 1 should tell us how much he/she pays and how often. • **Other deductions:** Person 1 should tell us how much he/she pays and how often. Examples of other deductions include: o expenses such as educator expenses for teachers who pay for supplies out-of-pocket, o moving expenses for moving to live much closer to a job, o contributions to an individual retirement account if the person doesn't have a retirement account through a job, or o tuition costs for school if costs are paid out-of-pocket and deducted on the tax return. Proof of deductions may include tax form forms, court orders, cancelled checks, etc., and this proof should be sent in with the renewal packet.

Remember, Step 2 of the renewal packet should be repeated for each additional person in the household. The instructions provided below are for Person 2 and each additional family member that should be included.

Step 2 Person 2

Questions 1-4	Person 2 should provide complete information for questions 1-4, which includes the following: • First name, middle name, last name & suffix (Jr., Sr., III) • Date of birth • Sex (Male/Female)
Question 5	Person 2's Social Security Number (SSN) should be provided to help us renew the member's eligibility more quickly. There are some exceptions for providing a SSN, but if Person 2 has an SSN, that information should be provided. Individuals not going through renewal are not required to provide an SSN, but it is helpful.
Question 7	Person 2 should tell us if they plan to file a federal income tax return or will

MAX TN 401 04/26/2016 000031 06/11/2016

	be included in someone else's tax return the next time taxes are due, which means next April 15th. Question 7 is not asking if Person 2 has filed taxes in the past. Question 7 is asking if Person 2 will be included on a tax return that Person 2 or his family plans to file during the **next** tax season. For this question, it doesn't matter whether Person 2 plans to file taxes on time. 7, If yes: If Person 2 plans to file taxes or will be included on someone else's taxes, Person 2 should list all tax dependents that will be claimed on that return. The following should be provided for each dependent: • Full name (first, middle initial, last) 7, If no: If Person 2 does not plan to file taxes, but will be claimed as a tax dependent, Person 2 needs to tell us the following: • Full name (first, middle initial, last) of the person (the tax filer) that will claim Person 2; • The tax filer's relationship to Person 2 (child, spouse, etc.); • If Person 2 is living with the person (the tax filer) that will claim them. If Person 2 is not sure about plans to file taxes, Person 2 may answer no to question 7. Person 2 does not have to file taxes or be claimed as a tax dependent to be renewed.
Question 8	If Person 2 is pregnant she must also tell us the following: • The number of babies expected; • The expected due date.
Question 9	Does Person 2 have health coverage with us now? Health coverage with us means TennCare, CoverKids, or a Medicare Savings Plan (help that the state provides in paying for your Medicare premiums, like QMB or SLMB). Check **YES** if Person 2 wants to see if he/she can keep coverage. What if the renewal packet is returned and Person 2 is found no longer eligible for TennCare? He or she will be considered for CoverKids. If Person 2 has health coverage with us now but wants to **end (terminate)** his coverage check **NO.** If Person 2 says NO (Person 2 **does not want to keep coverage)**, we will **end** your current health coverage. We'll send you a letter that says when your coverage ends. **IMPORTANT:** Person 2 must tell us what kind of coverage he/she wants to end. Person 2 may choose to end his/her TennCare, CoverKids, or Medicare Savings Plan (like QMB or SLMB). Circle the one that Person 2 wants to end. If Person 2 **does not have** health coverage with us now, or has not lost coverage in the last 90 days for failure to return information to the State, this renewal packet **cannot be used to apply**. Health coverage with us means

000247 19/54
MAX TN 401 04/26/2016 000032 06/11/2016

	TennCare, CoverKids, or a Medicare Savings Plan (like QMB or SLMB. **To apply** for TennCare or CoverKids, go to healthcare.gov or call the Federally Facilitated Marketplace at 1-800-318-2596. Or a person may apply for new coverage by mail. Go to https://marketplace.cms.gov/applications-and-forms/marketplace-application-for-family.pdf to print a paper application. Mail it to Health Insurance Marketplace Dept. of Health and Human Services 465 Industrial Blvd London, KY 40750-0001. **IMPORTANT:** Person 2 should continue to Question 10 **only if** he/she answered "yes" to Question 9. If Person 2 answered "no" to Question 9 and does not have TennCare now, he/she should continue to the income questions on page 6. Why? Person 2's income will affect the eligibility of other members of the household who were chosen for renewal.
Questions 10-14	Answering "yes" to any of these questions means that Person 2: • Needs nursing home care in a nursing home or at home; • Has Medicare and wants help with Medicare costs (Medicare Savings Plan, like QMB or SLMB); • Needs hospice care in a nursing home; • Has gotten SSI and Social Security in the same month since 1977, and still gets Social Security; or • Is pregnant or under age 21, – **and** has bills for medical care in the last 3 months (paid or unpaid) – **or** has medical bills in the month of application or paid an outstanding medical bill during the month of application regardless of when that bill was incurred. Some of the types of bills that can be used are those for doctor visits, hospital stays, medicine, dental or vision care, or hearing aids. If Person 2 answers "yes" to any of these questions, Person 2 must send in proof of his/her resources with the renewal packet. "Resources are things owned by the member or a person in the household, such as vehicles, bank accounts, property. IMPORTANT: Person 2 who answers "yes" to questions 10-14 must also fill out Appendix A with the completed renewal packet. The renewal packet and Appendix A must be sent to us for review.
Questions 15-16	Person 2 should answer questions 15 and 16 about his/her citizenship status. What if Person 2 answers "no" to question 15 for US citizen or US national, but answers "yes" to question 16 as having eligible immigration status? Person 2 should provide all applicable numbers/IDs to ensure his/her status can be confirmed. Eligible immigration status means Person 2 has a status that allows you to be

MAX TN 401 04/26/2016 000033 06/11/2016

	considered for health coverage. For example, a legal permanent resident who has only been in the country with that status for 2 years will not be eligible for TennCare. But someone who has been in the country with that status for 5 years could be reviewed for health coverage. Refugees and Asylees can be considered for health coverage. If you have had two different immigration statuses, be sure to tell us.
Question 17	For question 17, if Person 2 is living with and is the main person caring for a child under 18 or is caring for an 18 year old who is still in school full time, he/she should answer "yes".
Question 18	If Person 2 is age 22 or younger and is a full-time student, he/she should answer "yes" to 18.
Question 19	If Person 2 aged out of foster care at age 18 or older in Tennessee, he/she should answer "yes" to 19.
Question 20	If Person 2 is a woman under 65 who needs or is currently getting treatment for breast or cervical cancer, she should answer "yes" to 20. If Person 2 has not been screened for breast or cervical cancer but thinks she might need screening, she should contact the Health Department: http://tn.gov/health/topic/localdepartments

Person 2 (and additional family members) Current Job and Income Information

The correct option should be checked for Person 2; "not employed", "self-employed", or "employed".

Questions 23-26	If Person 2 has one job, questions 23-26 should be completed.
	• **Employer name, address, and phone number:** Enter the information for the current location where Person 2 is working.
	• **Wages/tips (before taxes):** This will be the amount showing on Person 2's pay stubs before taxes are taken out with any tips added to the total.
	  o Tips and other cash income from jobs: include all tip income, even if it's not reported to the employer.
	• **How often:** Person 2 should choose how often he/she receives the amount listed in the wages/tips field: "hourly," "weekly," "every 2 weeks," "twice a month," "monthly," or "yearly." If he/she is paid through a one-time contract, she can select "yearly."
	  o Amounts that change weekly: if the income amount changes each week, enter how much Person 2 expects to earn for the whole month, or enter the average number of hours Person 2 is working right now.

000247 20/54
MAX TN 401 04/26/2016 000034 06/11/2016

	• **Average hours each week:** Person 2 should enter the number of hours she usually works in a week. Include all jobs, even if they're part-time or paid in cash. Pay stubs, tax forms (1040 or W-2), or any other proof of work and income should be returned with the packet. Person 2 doesn't need to include amounts that an employer takes out of a paycheck for child care, health insurance, or retirement plans that are "not taxable." Sometimes these are called "pre-tax deductions." The pay stub should list these deductions individually. Don't include these amounts in the pay listed. The pay stub may "federal taxable wages," which subtracts the pre-tax amounts from gross wages. If this amount is listed on the pay stub, use it to report pay. **What can be used as proof?** Pay stubs, tax forms (1040 or W-2 for 2015), or any other proof of work and income should be returned with the renewal packet. If Person 2 sends in pay stubs, send the last 8 weeks from the time you return the renewal packet to the state. If Person 2 doesn't have 8 weeks of proof, send what you do have. Bank statements showing deposit amounts or letters from an employer can also be used as proof of income if other types of proof are not available.

Questions 27-30	If Person 2 has two jobs, questions 27-30 should also be completed:
	• **Employer name, address, and phone number:** Enter the information for the current location where Person 2 is working.
	• **Wages/tips (before taxes):** This will be the amount showing on Person 2's pay stubs before taxes are taken out with any tips added to the total.
	  o Tips and other cash income from jobs: include all tip income, even if it's not reported to the employer.
	• **How often:** Person 2 should choose how often he/she receives the amount listed in the wages/tips field: "hourly," "weekly," "every 2 weeks," "twice a month," "monthly," or "yearly." If she is paid through a one-time contract, she can select "yearly."
	  o Amounts that change weekly: if the income amount changes each week, enter how much Person 2 expects to earn for the whole month, or enter the average number of hours Person 2 is working right now.
	• **Average hours each week:** Person 2 should enter the number of hours he/she usually works in a week. Include all jobs, even if they're part-time or paid in cash. Pay stubs, tax forms (1040 or W-2), or any other proof of work and income should be returned with the packet.
	
	Person 2 doesn't need to include amounts that an employer takes out of a paycheck for child care, health insurance, or retirement plans that are "not taxable." Sometimes these are called "pre-tax deductions."

MAX TN 401 04/26/2016 000035 06/11/2016

	The pay stub should list these deductions individually. Don't include these amounts in the pay listed. The pay stub may "federal taxable wages," which subtracts the pre-tax amounts from gross wages. If this amount is listed on the pay stub, use it to report pay. **What can be used as proof?** Pay stubs, tax forms (1040 or W-2 for 2015), or any other proof of work and income should be returned with the renewal packet. If Person 2 sends in pay stubs, send the last 8 weeks from the time you return the renewal packet to the state. If Person 2 doesn't have 8 weeks of proof, send what you do have. Bank statements showing deposit amounts or letters from an employer can also be used as proof of income if other types of proof are not available.
Question 31	Question 31 should be answered if Person 2 has income that is earned through self-employment. This is the net income Person 2 earns from his/her own trade or business. For example, any net income (profit) earned from goods sold or services provided to others counts as self-employment income. If Person 2 selects "self-employment," he/she should describe the kind of work performed. There's no special format – just a simple description of the work is needed. For example, if he/she cleans houses, "house cleaning" could be entered. If he/she makes jewelry, "jewelry making" could be entered. If he/she works on construction projects, "construction" could be entered. To enter the net income from self-employment, Person 2 should enter an amount that includes the net income or net loss from self-employment. Net income is gross income from any trade or business minus allowable deductions for that trade or business. Allowable deductions include expenses paid to operate the business or participate in the trade, including: • Car and truck expenses (for travel during the work day, not commuting) • Depreciation • Employee wages and fringe benefits • Property, liability, or business interruption insurance • Interest on loans for your business (including mortgage interest paid to banks) • Legal and professional services • Rent or lease of business property and utilities • Commissions, taxes, licenses, and fees • Advertising • Contract labor • Repairs and maintenance This income should be reported and proof of the income should be included when the renewal packet is returned. This can include pay stubs, tax forms

000247 21/54
MAX TN 401 04/26/2016 000036 06/11/2016

	(such as the Schedule SE, Schedule C or Schedule F), or any other type of proof of the amounts received and how often they are received.

Question 32	Question 32 should include income not included in the current job section of the renewal packet. But do not include child support, Veteran's payments or Supplemental Security Income (SSI).
	
	If there is no income other than income already provided in the current job section, Person 2 should answer "none". If Person 2 has income not already provided in the current job section, Person 2 should tell us the kind of income received and how much:
	• **Unemployment**
	  ○ Unemployment compensation includes any amount received under an unemployment compensation law of the United States or a state. Person 2 must include unemployment benefits (including from an employer or union) as income.
	• **Pensions**
	  ○ A pension is a payment or series of payments made to a person after he/she retires from work. Generally, the amount of the income from a pension account distribution depends on the type of pension account, how much was contributed to the pension account, and whether the amounts contributed were already taxed. Person 2 does not have to include a qualified distribution from a designated Roth account as income.
	• **Social Security**
	  ○ These are the amount a person gets from Social Security disability, retirement (including railroad retirement (RRB)), or survivor's benefits each month. Enter the full amount before any deductions, like Medicare premiums, income tax withholding, overpayments, child support, or alimony. Don't enter Supplemental Security Income (SSI) benefits.
	• **Retirement Accounts**
	  ○ A retirement benefit is a payment or series of payments made to a person after he or she retires from work. Generally, the amount of the income from a retirement account distribution depends on the type of retirement account, how much was contributed to the retirement account, and whether the amounts contributed were already taxed. Person 2 does not have to include a qualified distribution from a designated Roth account as income.
	• **Alimony received**
	  ○ Alimony received is money a person gets from a spouse he/she no longer lives with, or a former spouse, if paid as part of a divorce agreement, separation agreement, or court order.

MAX TN 401 04/26/2016 000037 06/11/2016

Payments designated in the agreement or ordered as child support or as a non-taxable property settlement are not considered alimony.

- **Net Farming/fishing**
  If this was already provided in the renewal packet as self-employment income, it should not be listed again.
  - If Person 2 has income from farming or fishing, he/she can enter it as "farming or fishing" income or "self-employment" income, but he/she should only enter it once.

    A person is in the business of farming if he cultivates, operates, or manages a farm for profit, either as owner or tenant. A farm can include livestock, dairy, poultry, fish, or fruit. It can also include plantations, ranches, ranges, and orchards. Fishing income includes amounts received from catching, taking, harvesting, cultivating, or farming fish, shellfish, crustacean, sponges, seaweeds, or other aquatic forms of animal or vegetable life, as well as money from patronage dividends and fuel tax credits and refunds.
- **Net rental/royalty**
  If this was already provided in the renewal packet as self-employment income, it should not be listed again
  - Rental income is the amount someone pays to use a person's property after property expenses are subtracted. Royalty income includes any payments received from a patent, copyright, or some other natural resource owned.
- **Other income**
  Any income received not already provided on the renewal packet can be included here. Person 2 does not need to provide income from child support, Veteran's payments or Supplemental Security Income (SSI). Examples of other income may include:
  - A one-time payment received this month, such as a bonus or severance. Provide the amount and how often the Other income is received. If it's a one-time payment be sure to say one-time payment.
  - Jury duty pay. If Person 2 is being paid for jury duty service, enter how much he/she is getting, including reimbursement for transportation. If the money from jury duty goes straight to Person 2's employer, don't enter it here.
  - Court awards. If Person 2 was involved in and got money from a lawsuit, the money may be taxable. Examples of money from lawsuits that not taxable are amounts awarded for personal physical injury or sickness and an amount received as compensation for damages to the person's property if the

000247 22/54
MAX TN 401 04/26/2016 000038 06/11/2016

	payment is less than the amount paid for the property. Payments to compensate a person for lost wages or punitive damages awards are examples of taxable court awards. o If other income is selected by a member of the clergy or a religious order he should exclude the same income excluded on the federal income tax return. o Cash support. This is an option if someone who isn't Person 2's parent or spouse claims Person 2 as a dependent for taxes. Provide the amount of the cash support. For example, if the tax filer gives the person $200 per month to help pay for rent or other living costs, include that amount here. Don't include in-kind support that the tax filer provides, such as the value of room and board, or clothes purchased by the tax filer. Only enter cash support if Person 2 is a tax dependent of someone other than a parent or spouse. o Gambling, prizes, or awards: This includes lottery winnings. It doesn't include prizes that aren't taxable, like most academic scholarships.
Question 33	There are certain expenses Person 2 can use to lower his/her gross income (called deductions). These expenses are like expenses or deductions allowed by the IRS. Person 2 doesn't have to be a tax filer to get these deductions. Person 2 should tell us about these deductions in question 33. Deductions already deducted out of Self-employment income should not be reported again here. If Person 2 has deductions, he/she should tell us about them here: • **Alimony paid:** Person 2 should tell us how much he/she pays and how often. • **Student loan interest:** Person 2 should tell us how much he/she pays and how often. • **Other deductions:** Person 2 should tell us how much he/she pays and how often. Examples of other deductions include: o expenses such as educator expenses for teachers who pay for supplies out-of-pocket, o moving expenses for moving to live much closer to a job, o contributions to an individual retirement account if the person doesn't have a retirement account through a job, or o tuition costs for school if costs are paid out-of-pocket and deducted on the tax return. Proof of deductions may include tax form forms, court orders, cancelled checks, etc., and this proof should be sent in with the renewal packet.

MAX TN 401 04/26/2016 000039 06/11/2016

This section should be completed for any household member who has health care coverage **other than** TennCare or CoverKids.

Question 1	If anyone in the household has health coverage from the following:
	• Medicare
	  ○ Provide the names of any household members with this coverage.
	• TRICARE
	  ○ Provide the names of any household members with this coverage.
	  ○ This should not be checked if the household member's TRICARE is direct care or Line of Duty.
	• Veterans Administration health care programs
	• Peace Corps
	• Employer insurance
	  ○ Provide the names of any household members with this coverage.
	  ○ Provide the name of health insurance
	  ○ Provide the policy number
	  ○ Specify if the coverage is COBRA or a retiree health plan
	• Other. If the person has coverage other than those listed above list that coverage here.
	  ○ Provide the names of any household members with this coverage
	  ○ Provide the name of health insurance
	  ○ Provide the policy number
	  ○ Specify if the coverage is a limited-benefit plan, like a school accident policy

Question 2	If other health coverage is listed in Question 1 of Step 3, tell us if it offers maternity benefits for pregnancy care.
Question 3	Is any person listed on the application offered health coverage from a job? If so, tell us who. This includes coverage offered from someone else's job, like a parent or spouse. Example: If a parent is offered health coverage at their job, and it includes family coverage, answer yes to this question. Tell us the child's name and the parent's name.

Step 4

Federal law prohibits discussion of a person's case with a third party unless there is written consent from, or unless the person is present and provides verbal consent to the discussion. This section should be completed if Person 1 wants to give someone permission to:

- Talk about this renewal packet and Person 1's health care with us;
- See Person 1's information;

000247 23/54
MAX TN 401 04/26/2016 000040 06/11/2016
Dary Crockett 123456

- Act on matters related to this renewal packet and Person 1/s health coverage (including getting information about the renewal packet); and
- Sign the renewal packet on Person 1's (the member's) behalf.

A TennCare/CoverKids member can change an authorized representative anytime. Call the Tennessee Health Connection at 1-855-259-0701 to change an authorized representative.

Step 5

There are several parts to Step 5.

First, it explains the TennCare/CoverKids member's rights and responsibilities such as:

- The requirement to provide true answers;
- The requirement to tell us of changes within 10 days. Changes should be reported by calling Tennessee Health Connection 1-855-259-0701. (It's very important for the member to notify us quickly with any address changes);
- The prohibition of discrimination based on race, color, national origin, sex, age, sexual orientation, gender identity or disability. If a member believes they have been treated unfairly, the member can call 1-855-259-0701.
- The requirement to sign over any health insurance or medical payments from an insurance provider or other company, if the member is reapproved.
- The requirement to help the Tennessee Bureau of Investigation, Office of Inspector General or other agency investigate TennCare fraud and abuse.
- The State's right to recoup (get back) money from a member's estate when the member dies if the State paid for medical bills or nursing home care.
- The prohibition of letting someone else use a member's TennCare card.
- The requirement to provide a Social Security Number (SSN), when the member has an SSN, with the renewal packet.
- The right for TennCare/CoverKids to pursue medical support from a spouse or parent.

Second, it asks for the name of any person listed in the renewal packet that's currently incarcerated (in jail or prison). If a person is in jail or prison, it does not mean he/she is not eligible for TennCare because of being in jail or prison. The person may be able to keep TennCare when they meet other eligibility rules.

Why do we ask for this information? It could change whether the person in jail or prison is included in the household for other members who are listed in the renewal packet. If no one listed on the renewal packet is in jail or prison, this should be left blank.

Third, we ask if there is a parent living outside the home for any children listed on the application. Be sure to check Yes or No.

Fourth, it gives notice of appeal rights. If you believe a decision about TennCare or CoverKids coverage is wrong, an appeal can be filed by calling Tennessee Health Connection at 1-855-259-0701.

MAX TN 401 04/26/2016 000041 06/11/2016

Lastly, Person 1 (or a legal representative or authorized representative) must **sign** the renewal packet. Sign in the box that says **"Signature".** What if the renewal packet is sent to us but it is not signed? We will not be able to process the renewal packet. We'll send a letter requesting a signature before we can process the renewal packet.

Step 6

All documents must be sent to TennCare by the due date listed in the letter that came with the Renewal Packet. That letter ID (in the upper left hand corner) is TN 401 or TN 401a. Be sure to send the Renewal Packet and proof (such as proof of income) and Appendix A and/or B (if completed).

There are 2 ways to send it to us:

By Mail: **Tennessee Health Connection**
P.O. Box 20201
Nashville, TN 37202-0201

By Fax: **1-877-430-0843**

What if the renewal packet is not returned by the due date? The member may lose health coverage with us. Sending documentation or proof we need to decide if you can keep coverage may help us work the renewal packet faster.

Does someone need help in another language? Call 1-855-259-0701 and tell us the language. If someone has a hearing or speech problem and uses a TTY, call 1-800-848-0298, then dial 1-855-259-0701 and choose option 4.

Appendix A

Appendix A should only be used for members who:

- have TennCare/CoverKids now and want to keep coverage.
- **and** only if Person 1 answered "yes" to at least one of the questions 9-13 **or** Person 2 (or other family members listed has TennCare) answered "yes" to at least one of the questions 10-14.

"Member" is used throughout the instructions below as a reminder that only a person that has TennCare/CoverKids **now** can use Appendix A. It cannot be used for someone who does not have TennCare/CoverKids now.

Members should answer questions in Appendix A if any of the following apply:	Additional Resources Available
The member lives in a medical facility or nursing home, or needs nursing home care in a nursing home or at home;	○ Members already in the CHOICES program that need help with the renewal packet should contact their TennCare health plan (MCO) Care Coordinator. If the member does not know who that is or how to reach them, call

000247 24/54
MAX TN 401 04/26/2016 000042 06/11/2016
Dary Crockett 123456

	the member's health plan. The number is on the back of the TennCare card. The member should ask to talk to their CHOICES Care Coordinator for help with the TennCare Renewal Packet. o If the member lives in a nursing home, but is not currently in CHOICES the member should call the local Area Agency on Aging and Disability (AAAD) at 1-866-836-6678. Ask the AAAD for help with the TennCare Renewal Packet. The member can also ask the nursing home for help with the renewal packet. o If the member is not in a nursing home, but needs nursing home care in a nursing home or at home (Home and Community Based Services, HCBS), contact the local Area Agency on Aging and Disability (AAAD) at 1-866-836-6678. The member should ask for help with the TennCare Renewal Packet and say they want to apply for nursing home care. o If the member is getting HCBS in a PACE or needs HCBS in a PACE, call the PACE case manager directly. Or call PACE at 1-423-495-9114. PACE stands for Program for All-Inclusive Care. PACE is a community based adult day care program whose purpose is to serve the frail elderly residents of Hamilton County. o If the member is getting HCBS through the Comprehensive Aggregate Cap (CAC), Statewide or Self-Determination waivers for people with intellectual disabilities call the ISC or, if the member is in the Self-Determination waiver, call their case manager with the Department of Intellectual and Developmental Disabilities (DIDD). Or can call DIDD at the number below: • If the member lives in west Tennessee, call 1-866-372-5709 • If the member lives in middle Tennessee, call 1-800-654-4839 • If the member lives in east Tennessee, call 1-888-531-9876

MAX TN 401 04/26/2016 000043 06/11/2016

	○ If the member needs HCBS in a waiver for people with intellectual disabilities, but is not currently getting the care now, call the Department of Intellectual and Developmental Disabilities (DIDD). • If the member lives in west Tennessee, call 1-866-372-5709 • If the member lives in middle Tennessee, call 1-800-654-4839 • If the member lives in east Tennessee, call 1-888-531-9876 • If the person lives in an ICF/IID, the person can ask the ICF/IID to help with the TennCare Renewal Packet.
The member has Medicare and wants help with Medicare cost sharing (Medicare co-pays and deductibles).	• Call the State Health Insurance Assistance Program (SHIP) at **877-801-0044.** Tell them you need help with your TennCare Renewal Packet, and that you want to get help or keep help with Medicare cost sharing (QMB or SLMB).
The member needs hospice care.	• Call the member's TennCare health plan (MCO). The number is on the back of the member's TennCare card. Tell them you need help with your TennCare Renewal Packet and you're getting or need hospice care.
The member has received SSI and Social Security in the same month at least since 1977, and still receives Social Security	(Complete Appendix A)
Is the member pregnant or under age 21? AND has the member or anyone else in the home gotten care or medicine in the last 3 months and have bills (paid or unpaid) related to that care or medicine? Or has the member paid for any medical bills this month (no matter how old they are)? If the member answers yes to this question and has not answered yes to other questions in Appendix A, only Part 1 and Part 5 of Appendix A should be completed.	(Complete Appendix A)
The member is getting Social Security payments	(Complete Appendix A)

000247 25/54
MAX TN 401 04/26/2016 000044 06/11/2016
Dany Crockett 123456

Part 1

The name and Social Security Number (SSN) of the member that needs to complete Appendix A should be provided here. If additional members need to complete Appendix A, a copy should be made and completed for each person.

Part 2

The member should answer **yes** or **no** to the following:

- If they need the kind of care provided in a nursing home, but want care at home;
- If they need the kind of care provided in an Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities (ICF/IID), but want care at home instead.
    - Does the member have an intellectual disability (IQ of 70 or below) that started before age 18.
- If the member has spouse that doesn't live in the home, tell TennCare the spouse's name and why the person does not live in the home.
- If the member is currently getting care in a nursing home.
    - If so, the name of the nursing home and the date the member started getting nursing home care.

Part 3

The member should answer **yes** or **no** to the following:

- Is the member getting a Social Security check now and also got a Social Security check in 1972.
- Has the member lost Medicare after going back to work because he/she started making money over the Social Security income limit.

The member applying, his/her spouse, adult disabled child, or parent in the home should tell us about any of the following types of income he/she receives. **And** send in proof of the income:

- Money from friends or relatives
- Child Support Payments
- Unemployment Payments from another state
- Veteran's Benefits
- Worker's Compensation
- Interest/Dividends/Royalties
    - A person might get this type of income have a checking account, savings account, CDs, etc.
- Rental Income
- SSI. The member does not need to provide proof of SSI income. TennCare can get that proof.
- Other. The member should tell us about other types of income received. Examples include (but are not limited to):
    - Alimony Payments
    - Pension
    - Severance

MAX TN 401 04/26/2016 000045 06/11/2016

The member should also tell us:

- Name of the person who gets the income;
- The type of income;
- How much the person gets;
- Who pays; and
- The phone number of the person who pays the income

Part 4

The member should tell TennCare about any payments made for child care, or for care of an adult that is disabled. Proof, signed by the person that gives the care, should be provided with the renewal packet. The proof should say how much is paid and how often.	The member should tell TennCare: • Who gets the care; • Who pays for the care; • The cost of the care; • How often the care is paid for; and • The name and phone number of the person giving the care.
The member should also tell TennCare about expenses and provide proof showing how much the member pays.	Examples of expenses include: • Court Ordered Child Support Payments; • Legally Obligated Alimony; and • Blind/Disabled Work Expenses.

Part 5

The member should complete Part 5 for resources owned by people in the household. The member should tell us how much the resource is worth, any amount still owed, and should provide proof of the resource. Examples of proof are listed on the renewal packet with each resource listed. If the member owns a resource not specifically listed on the packet, it should be listed as Other. Other resources not listed in the renewal packet may include (but are not limited to):

- Farm Equipment;
- Livestock; and
- Equipment used for self-employment.

Part 6

The member should complete Part 6 if the member receives nursing home care, wants to receive nursing home care in a nursing home, or wants to receive nursing home care at home (HCBS).

The member should tell TennCare about any resources (things the member owned) that have been given to someone else in the past 60 months (5 years).	Types of resources include the types of resources in Part 5 (but are not limited to): • Property • Cars and Trucks • Motorcycles and Boats • RVs and Campers • Trusts • Savings Certificates or CDs • Burial Contracts

000247 26/54
MAX TN 401 04/26/2016 000046 06/11/2016
Dany Crockett 123456

	• Cemetery Lots
The member should also tell TennCare about anyone in the household that has received a lump sum of money in the past 12 months (1 year). The member should include how much was received, where the money came from and should send proof.	Types of lump sum payments include (but are not limited to): • Insurance Payment • Lottery Winnings • Back Payment of Social Security

Appendix B

Appendix B should be completed if the TennCare member or a family member is American Indian or Alaska Native and wants to get the most help possible. American Indians and Alaska Natives can get services from the Indian Health Services, tribal health programs, or urban Indian health programs. They also may not have to pay cost sharing and may get special monthly enrollment periods. **Copies can be made of Appendix B if more people need to be included.** Appendix B should be included when the renewal packet is returned.

REMEMBER: All documents which should include the Renewal Packet and proof, along with Appendix A and/or B (if completed), must be returned to TennCare by the due date in the member's Renewal Packet letter. The letter ID (in the upper left hand corner) is TN 401 or TN 401a.

There are 2 ways to send us the documents:

By Mail: Tennessee Health Connection
P.O. Box 20201
Nashville, TN 37202-0201

By Fax: 1-877-430-0843

MAX TN 401 04/26/2016 000047 06/11/2016

TN 401

STATE OF TENNESSEE
Health Care Finance and Administration
P.O. Box 20201
Nashville, TN 37202-0201

¿Necesita ayuda especial?
- Llame gratis al **1-855-259-0701 o**
- Lea la hoja "¿Necesita ayuda especial?" que se incluye con esta carta. Allí se indica a quién llamar.

English version is included

000497 TN 401 06 11 2016

junio 10, 2016

Davy Crockett
123 Main Street
Lawrenceburg, TN 38464

¡Es hora de renovar su TennCare!

Cada año tenemos que ver si aún califica para TennCare. ¿Quiere ver si puede conservar su cobertura? Usted debe completar y devolver el **paquete de renovación** incluido con esta carta **a más tardar el julio 20, 2016.**

Esa es la fecha de vencimiento de su paquete. **Esa no es la fecha en que terminará su TennCare.**

Si actúa **ahora**, es posible que pueda conservar su cobertura sin interrupción.
Pero, tiene que hacer ambas cosas a más tardar el julio 20, 2016.

1. **Complete el paquete de renovación que le llegó con esta carta.** Asegúrese de contestar todas las preguntas que pueda. Y asegúrese de enviarnos los comprobantes que pedimos en el paquete de renovación. El envío de los comprobantes con su paquete puede ayudarnos a tomar una decisión más rápida con respecto a su cobertura.

y

2. **Envíenos las hojas a más tardar el julio 20, 2016.** Hay 2 maneras de enviarlas.

   Por correo: Tennessee Health Connection
   P.O. Box 20201
   Nashville, TN 37202-0201

   Por fax: 1-877-430-0843

Nosotros utilizaremos sus respuestas para ver si puede conservar su cobertura. El tipo de cobertura que usted tiene podría cambiar. Para decidir, examinaremos cosas como su edad, su ingreso familiar, cuántas personas viven con usted y si usted tiene otro seguro.

Después de revisar su paquete, le enviaremos una carta para decirle si puede o no puede conservar su cobertura. Si no puede conservar su cobertura, la carta le dirá la fecha que terminará su cobertura y cómo presentar una apelación. Si el tipo de cobertura que tiene cambia, también dirá eso.

¿Necesita reportar un cambio? ¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? Llámenos.
Tennessee Health Connection 1-855-259-0701
Estamos para ayudarle de lunes a sábado de las 7 a.m. a las 7 p.m.

000247 27/54
MAX TN 401 04/26/2016 000048 06/11/2016
Davy Crockett 123456

Veremos si usted califica para estos tipos de cobertura:

TennCare Medicaid – Hay varios grupos diferentes de personas que pueden calificar para TennCare Medicaid. Algunas de esas personas son los menores de 21 años, las mujeres embarazadas y los padres o cuidadores de un niño menor de edad (que vive con usted y es un pariente cercano). Cada grupo tiene diferentes límites de ingresos. Algunos de los grupos también tienen límites en cuanto a sus pertenencias, es decir, sus "recursos". Eso son cosas como cuentas bancarias, coches y terrenos. La cantidad de personas que viven en su casa también cuenta.

Primero veremos si califica para TennCare Medicaid.

TennCare Standard – Es únicamente para los menores de 19 años de edad que no pueden conservar TennCare Medicaid **y** que no tienen acceso a otro seguro médico (por ejemplo, a través del trabajo de uno de sus padres). Si satisface estas reglas **y** nos envía su paquete **antes** del **julio 20, 2016** veremos si califica para TennCare Standard.

CoverKids – Es para los menores de 19 años de edad o las mujeres embarazadas que no tienen otro seguro médico. Si usted no califica para TennCare Medicaid, y es menor de 19 años y satisfacer las otras reglas, evaluaremos su paquete para determinar si califica para CoverKids.

Programa de Ahorros de Medicare – Este programa es para personas que tienen Medicare y califican para ayuda para pagar su participación en los costos de Medicare. Quizás lo conozca como "QMB" o "SLMB". Estos pagan las primas de Medicare y a veces los co-pagos y deducibles de Medicare. Si desea ayuda para pagar su Medicare, debe decirnos en su paquete **(vea el Apéndice A en su paquete).**

Para aprender más acerca de TennCare o el Programa de Ahorros de Medicare visite **https://tn.gov/tenncare.** Para aprender más sobre CoverKids visite **https://tn.gov/covertn.**

Recuerde que, para asegurar que pueda conservar la cobertura mientras revisamos su paquete, tenemos que recibirlo a más tardar el julio 20, 2016.

¿Qué ocurrirá si no nos envía su paquete de renovación a más tardar el julio 20, 2016? Usted recibirá una carta que dice cuándo terminará la cobertura que tiene ahora. En la carta también se le explicará cómo presentar una apelación.

Aunque reciba una carta que dice que cuando terminará su cobertura puede enviar su paquete y comprobantes. Si recibimos su paquete y comprobantes, los utilizaremos para ver si usted califica para TennCare Medicaid. Luego le enviaremos una carta que dice si califica para TennCare o Medicaid. Si piensa que tomamos la decisión equivocada, la carta le dirá cómo apelar esa decisión.

¿Qué sucedería si recibimos su paquete antes de que termine su cobertura pero necesitamos más información o comprobantes para decidir? Le enviaremos una carta diciéndole lo que falta. Usted solamente tendrá **10 días** a partir de la fecha de esa carta para suministrarnos la información o comprobantes que necesitamos.

¿Necesita reportar un cambio? ¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? Llámenos.
Tennessee Health Connection 1-855-259-0701
Estamos para ayudarle de lunes a sábado de las 7 a.m. a las 7 p.m.

MAX TN 401 04/26/2016 000049 06/11/2016

¿Qué ocurrirá si **no** envía la información o los comprobantes que necesitamos antes de que transcurran esos 10 días? Es posible que no pueda conservar su cobertura. Utilizaremos la información y los papeles que nos haya dado para decidir (incluso aunque sólo nos haya dado su paquete de renovación). Por lo tanto, **¡no se demore!** Trate de darnos toda su información y pruebas cuando nos envíe su paquete.

La gente que miente a propósito para obtener TennCare está sujeta a multas o encarcelamiento.

¿Necesita ayuda con esta carta?

¿Es porque padece algún problema de salud, un problema de aprendizaje o porque tiene una discapacidad? O ¿acaso necesita ayuda en otro idioma? Si es así, usted tiene derecho a obtener ayuda y nosotros podemos ayudarle. Llame gratis a **Tennessee Health Connection** al **1-855-259-0701.**

- **¿Padece una enfermedad mental y necesita ayuda con esta carta?**
  El Programa de Representación y Abogacía de TennCare (TennCare Advocacy Program) le puede ayudar. Llámelos gratis al **1-800-758-1638.**

No permitimos el trato injusto en nuestro programa.

Nadie recibe un trato diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, religión, idioma, sexo, edad o discapacidad. ¿Cree que lo han tratado injustamente? ¿Tiene más preguntas? ¿Necesita más ayuda? Usted puede **llamar gratis** a **Tennessee Health Connection** al **1-855-259-0701.**

Anexos:

Paquete de renovación	
¿Necesita ayuda especial?	TN A003
Asistencia en idiomas extranjeros	TN A014

000247 28/54

Darry Crockett 123456

MAX TN 401 04/26/2016 000050 06/11/2016

Paquete de Renovación

¡Es hora de renovar su cobertura de seguro médico!
Utilizaremos los datos que nos envíe para ver si sigue calificando.

TN Bureau of Health Care Finance & Administration | TennCare

Cosas que debe saber

¿Quién puede usar este Paquete de Renovación?

- La persona a quien le fue enviado este paquete.
- Otras personas de su hogar que hoy tienen TennCare o CoverKids.
- Las personas cuyo TennCare o CoverKids terminó hace no más de 90 días.

*Si alguien le está ayudando a completar esto, quizás tenga que completar el Paso 4 de este Paquete de Renovación.

Cosas que podría necesitar para completar este Paquete de Renovación – consulte la guía de instrucciones para más información

- Números de Seguro Social (o números de documento para los inmigrantes legales que necesitan seguro).
- Empleador e información de ingresos para todos los miembros de su familia (por ejemplo, talonarios de cheque, formularios W-2, extractos bancarios o declaraciones de salario e impuestos). Asegúrese de enviar también comprobante de sus ingresos. Tener este comprobante puede ayudarnos a decidir más rápidamente si puede conservar la cobertura.
- Números de póliza de todo seguro médico que tiene ahora (aparte de TennCare o CoverKids).
- Información sobre cualquier seguro médico relacionado con el trabajo disponible para su familia.

¿Por qué pedimos esta información?

Debemos renovar su elegibilidad cada año. **Mantendremos privada y segura toda la información que nos dé, como lo dispone la ley.** Para ver cómo utilizamos su información, vaya a: https://tn.gov/tenncare/topic/hipaa-policies.

¿Qué ocurrirá después?

Envíe su paquete completo, **firmado** a:

Tennessee Health Connection
P.O. Box 20201
Nashville, TN 37202-0201

También puede enviar su paquete por **fax** a TNHC al **1-877-430-0843.**

¿Qué debe hacer si no tiene toda la información que pedimos cuando llegue el momento de enviarnos su Paquete de Renovación? Firme y envíenos su Paquete de Renovación de todos modos. Después de recibir su paquete, veremos qué información todavía necesitamos de usted. Luego le enviaremos una carta que le pide que nos envíe la información que todavía necesitamos. Esa carta incluirá una portada que usted nos enviará con su información. La portada nos ayuda a vincular fácilmente la información que envíe a su Paquete de Renovación.

Después de recibir su Paquete de Renovación e información, revisaremos su información. Le enviaremos una carta que le dice nuestra decisión. Si tiene preguntas, llámenos gratis al **1-855-259-0701.** Llenar este Paquete de Renovación no significa que tiene que comprar un seguro médico.

Obtenga ayuda con esta solicitud

Llame a Tennessee Health Connection al **1-855-259-0701.**
En español: Llame gratis a nuestro centro de ayuda al **1-855-259-0701.**

¿Necesita ayuda con su solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701.** ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. ¿Tiene un problema de audición o del habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298, luego marque 1-855-259-070.

Rev: 29Apr16
MAX TN 401 04/26/2016 000051 06/11/2016
000247 29/54
Dary Crockett 123456

Antes de empezar:

La Guía de Instrucciones que viene con este Paquete de Renovación puede ayudar a explicar las preguntas que hacemos. También le dice más sobre los comprobantes que necesitamos de usted.

La Guía de Instrucciones también le dice cómo solicitar la cobertura de seguro médico si hoy no tiene TennCare o CoverKids. Solamente puede utilizar este Paquete de Renovación si hoy tiene TennCare, QMB/SLMB o CoverKids (o se terminó hace no más de 90 días). Pero, no puede usar este Paquete de Renovación para solicitar nueva cobertura de seguro médico.

Paso 1: Díganos de usted (la persona a quien estaba dirigido este paquete).

Usted será la Persona 1 a partir de la página siguiente.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III)

2. Dirección residencial (Deje en blanco si no tiene.)			3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal	7. Condado

8. Dirección postal (si es diferente de la dirección residencial)			9. Número de apartamento o suite
10. Ciudad	11. Estado	12. Código postal	13. Condado

14. Número de teléfono	15. Otro número de teléfono
( ) –	( ) –

16. ¿Nos da su permiso para hablar con usted por correo electrónico? Esto no comenzará inmediatamente. Pero, al darnos su permiso ahora nos permitirá hablar con usted por correo electrónico cuando podamos. ☐ Sí ☐ No
Si sí, díganos su dirección de correo electrónico: _____

Paso 2: Díganos de su familia (todos los que viven con usted).

Su familia comenzará con la Persona 2 en la página 5. Puede agregar a más miembros de la familia a partir de la página 7.

Utilizaremos sus datos para ver si sigue calificando para cobertura de seguro médico con nosotros. Primero revisaremos si califica para TennCare. Si sus ingresos son demasiado altos, pero usted es menor de 19 años de edad o está embarazada y cumple otras reglas, veremos si califica para CoverKids. El tipo de programa para el que califica depende del número de personas en su familia y de los ingresos de esas personas. Esta información nos ayuda a verificar que puede conservar su cobertura.

Complete el Paso 2 para cada persona de su familia. Comience con usted mismo, luego añada a otros adultos y niños. Si hay más de 4 personas en su familia, tendrá que hacer una copia de las páginas y adjuntarlas. No es necesario que proporcione la categoría de inmigración ni un Número de Seguro Social (SSN) para los miembros de la familia que no necesitan la cobertura de seguro médico. Mantendremos privada y segura toda la información que nos dé, como lo dispone la ley. Utilizaremos su información personal solamente para ver si sigue calificando.

Cuando nos envíe su Paquete de Renovación, no olvide los comprobantes de ingresos. Esto podría ser cosas como talonarios de cheque o extractos bancarios. Tener este comprobante puede ayudarnos a decidir más rápidamente si puede conservar la cobertura.

PASO 2: PERSONA 1 (Comience con usted mismo. Esta es la persona indicada en el Paso 1.)

Complete el Paso 2 para usted y otros miembros de la familia que vivan con usted. Esto incluye a todas las personas que incluye en su declaración de impuestos federal (si declara). Consulte la Guía de Instrucciones para más información acerca de a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que de todos modos debe agregar a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III)	2. ¿Relación con usted? **YO MISMO**
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	4. Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

5. Número Seguro Social (SSN)___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___ **Lo necesitamos si quiere conservar la cobertura de seguro médico y tiene un SSN.** Darnos su SSN puede ser útil aunque no quiera cobertura de seguro médico ya que puede acelerar el proceso de renovación. Usamos los SSN para comprobar ingresos y otros datos para ver quién califica para ayuda con los costos de la cobertura de seguro médico. Si alguien quiere ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite **socialsecurity.gov.** Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Si presentó la solicitud para un SSN, pero no lo ha recibido, ¿cuándo la presentó? _____

6. **¿Tiene planeado presentar una declaración de impuestos federal en la próxima fecha que toquen impuestos?** (Puede renovar aunque no presente declaración de impuestos.)
   ☐ **SÍ. Si sí,** ¿a quién **va a reclamar** en sus impuestos? Díganos el nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido).____
   ¿Presentará una declaración conjuntamente con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No Si sí, díganos el nombre de su cónyuge:_____
   ☐ **NO. Si no** ¿usted será reclamado como dependiente fiscal por otra persona? ☐ Sí ☐ No
   Si sí, díganos **quién lo reclamará** como dependiente fiscal. Díganos el nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) y la relación entre ustedes.____ ¿Vive con esta persona? ☐ Sí ☐ No

7. ¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No **Si sí,** ¿Cuántos bebés espera en este embarazo? _____
   ¿Cuál es la fecha de parto prevista? _____(mm/dd/aaaa)

8. ¿Tiene cobertura de seguro médico con nosotros ahora? Esto incluye TennCare, QMB/SLMB o CoverKids. ☐ Sí ☐ No
   Si no, vaya a Información sobre empleo e ingresos actuales en la página 4.
   Si sí, ¿quiere ver si puede **conservarla**? ☐ **SÍ. Si sí, vaya a la pregunta 9.**
   ☐ **NO Si no, terminaremos su cobertura.** Enviaremos una carta que le dice cuándo termina. **Encierre en un círculo** la cobertura que desea terminar:
   TennCare QMB/SLMB CoverKids

*Si otras personas de su casa desean **conservar** su cobertura **vaya a Información sobre empleo e ingresos actuales en la página 4.**

9. ¿Vive en un centro médico o una casa de convalecencia o necesita atención de enfermería en una casa de convalecencia o en su hogar? ☐Sí ☐ No **Si sí,** complete y envíe **tanto el Apéndice A como este Paquete de Renovación.**

10. ¿Tiene Medicare y desea obtener o conservar la ayuda para pagar el costo compartido de Medicare, como QMB o SLMB? Estos pagan sus primas de Medicare y a veces sus copagos de Medicare y deducibles. ☐ Sí ☐ No **Si sí,** complete y envíe **tanto el Apéndice A como este Paquete de Renovación.**

11. ¿Necesita atención para enfermos terminales (hospicio)? ☐Sí ☐ No **Si sí,** complete y envíe **tanto el Apéndice A como este Paquete de Renovación.**

12. ¿Ha recibido tanto un cheque de SSI como un cheque del Seguro Social en el mismo mes por lo menos una vez desde abril de 1977 Y sigue recibiendo un cheque del Seguro Social? ☐ Sí ☐ No **Si sí,** complete y envíe el **Apéndice A y este Paquete de Renovación.**

13. ¿Está embarazada o es menor de 21 años de edad? ☐ Sí ☐ No **Si sí,** ¿usted o alguna otra persona de su hogar ha recibido atención médica o medicina en los últimos 3 meses **y** tiene cuentas (pagadas o no pagadas) relacionadas con esa atención médica o medicina? O, ¿ha pagado alguna cuenta médica este mes (sin importar su antigüedad)? ☐ Sí ☐ No Si sí, complete y envíe **tanto el Apéndice A como este Paquete de Renovación.**

14. ¿Es usted ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? ☐Sí ☐No

15. **Si no es ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.,** ¿tiene una categoría de inmigración elegible? ☐Sí
   a. ¿Cuál es su categoría de inmigración? _____ ¿En qué fecha obtuvo esa categoría? _____
   ¿En qué fecha entró a los EE.UU.? _____ Complete su tipo de documento y número de identificación abajo:

Número de extranjero o I-94	Número de tarjeta o número de pasaporte
Número o fecha de vencimiento de SEVIS (opcional)	Otro (código de categoría o país de emisión)

   b. ¿Tenía una categoría diferente antes? ☐ Sí ☐ No Si sí, ¿cuál era?_____

¿Necesita ayuda con su solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701.** ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. ¿Tiene un problema de audición o del habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298, luego marque 1-855-259-0701.

PASO 2: PERSONA 1 Continúe con usted mismo SSN _____ - ____ - _____

c. ¿Ha vivido en los EE.UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No

d. ¿Usted o su cónyuge o su padre es un veterano o un miembro en servicio activo militar de EE.UU? ☐ Sí ☐ No

16. ¿Vive usted por lo menos con un niño menor de 18 años (o tiene el niño 18 años y es estudiante de tiempo completo) y usted es la persona principal que cuida a este menor? ☐ Sí ☐ No
Si sí, díganos el nombre:_____ la relación con usted: _____:_____

17. Si usted tiene 22 o menos años de edad, ¿es un estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No

18. ¿Estuvo usted en cuidado de acogida a la edad de 18 años o más en Tennessee? ☐ Sí ☐ No

19. ¿Es usted una mujer menor de 65 años de edad que está recibiendo tratamiento ahora o necesita tratamiento para cáncer de mama o de cuello del útero? ☐ Sí ☐ No

20. **Si es de origen étnico hispano/latino (OPCIONAL — marque todo lo que corresponda)**
☐ Mexicano ☐ Mexicano americano ☐ Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otro _____

21. **Raza (OPCIONAL — marque todo lo que corresponda)**
☐ Blanco ☐ Indio asiático ☐ Japonés ☐ Otra raza asiática ☐ Samoano
☐ Negro o afroamericano ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Hawaiano ☐ Otra raza de las islas del Pacífico
☐ Indio nativo estadounidense o nativo de Alaska ☐ Filipino ☐ Vietnamita ☐ Guameño o Chamorro ☐ Otra _____

Información sobre empleo e ingresos actuales La Guía de Instrucciones explica más sobre los comprobantes que necesitamos.

☐ **Tengo empleo** Comience con la pregunta 22.
☐ **No tengo empleo** Sáltese a la pregunta 31.
☐ **Trabajo por mi cuenta** Sáltese a la pregunta 30.

EMPLEO ACTUAL 1: Si tiene empleo actualmente, díganos de sus ingresos durante **las últimas 8 semanas.**

22. Nombre y dirección del empleador

23. Número de teléfono del empleador ( ) –

24. Salarios/propinas (antes de impuestos) **$**_____ ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual

25. Cantidad promedio de horas trabajadas cada SEMANA _____

EMPLEO ACTUAL 2: Si tiene más de 2 trabajos, adjunte otra hoja de papel.

26. Nombre y dirección del empleador

27. Número de teléfono del empleador ( ) –

28. Salarios/propinas (antes de impuestos) **$** _____ ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual

29. Cantidad promedio de horas trabajadas cada SEMANA_____

30. **Si trabaja por cuenta propia, conteste las siguientes preguntas sobre sus ingresos netos para este mes:**
a. Tipo de trabajo _____
b. ¿Qué cantidad de ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos de su negocio) recibirá de este trabajo por cuenta propia este mes? $_____

31. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todo lo que corresponda y diga la cantidad y con qué frecuencia la recibe.
NOTA: No es necesario que nos diga de manutención de los hijos, pago de veteranos ni Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

☐ Nada
☐ Desempleo $ _____ ¿Frecuencia? _____
☐ Pensiones $ _____ ¿Frecuencia? _____
☐ Seguro Social $ _____ ¿Frecuencia? _____
☐ Cuentas de retiro $ _____ ¿Frecuencia? _____
☐ Pensión alimenticia recibida $ _____ ¿Frecuencia?_____
☐ Ingresos netos de agricultura/pesca $_____ ¿Frecuencia?_____
☐ Ingresos netos de rentas/regalías $_____ ¿Frecuencia?_____
☐ Otros ingresos Tipo:_____

32. **DEDUCCIONES:** Marque todas las respuestas que correspondan. Díganos la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si paga ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federal, decirnos sobre eso podría reducir su ingreso. **NOTA:** No incluya un gasto que ya consideró en su respuesta de ingresos netos de empleo por cuenta propia (pregunta 30b). La Guía de Instrucciones explica más sobre los comprobantes que necesitamos.

☐ Manutención pagada $_____ ¿Frecuencia?_____
☐ Intereses de préstamos estudiantiles $ _____ ¿Frecuencia?_____
☐ Otras deducciones Tipo:_____ $ _____ ¿Frecuencia?_____

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber acerca de usted.

PASO 2: PERSONA 2

Díganos de los miembros de la familia que viven con usted.
SSN de la Persona 1 ____ - _____ - ____

Complete el paso 2 para otras personas que viven con usted y/o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federal (si declara). Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que de todos modos debe agregar a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III)

2. ¿Relación con usted?

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

4. Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

5. Número de Seguro Social (SSN) ___ ___ ___ - ___ - ___ ___ ___. **Lo necesitamos si quiere conservar su cobertura de seguro médico y tiene un SSN.** Si presentó la solicitud para un SSN, pero no lo ha recibido, ¿cuándo la presentó? _____

6. ¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que la PERSONA 1? ☐ Sí ☐ No **Si no,** indique la dirección: _____ Condado: _____

7. **¿La PERSONA 2 tiene planeado presentar una declaración de impuestos federal en la próxima fecha que toquen impuestos?** (Puede renovar aunque no declare impuestos.)

☐ **SÍ. Si sí** ¿a quién **reclamará la PERSONA 2** en sus impuestos? Díganos el nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido). _____

¿La Persona presentará una declaración conjuntamente con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No

Si sí, díganos el nombre del cónyuge: _____

☐ **NO. Si no** ¿la PERSONA 2 será reclamada como dependiente fiscal por otra persona? ☐ Sí ☐ No

Si sí, díganos **quién reclamará a la PERSONA 2** como dependiente fiscal. Díganos el nombre completo (nombre, inicial, apellido) y su relación con la PERSONA 2. _____ ¿La PERSONA 2 vive con esta persona? ☐ Sí ☐ No

8. ¿La PERSONA 2 está embarazada? ☐ Sí ☐ No **Si sí,** ¿cuántos bebés espera en este embarazo? _____
¿Cuál es la fecha de parto prevista? _____ (mm/dd/aaaa)

9. ¿La PERSONA 2 tiene cobertura de seguro médico con nosotros ahora? Esto incluye TennCare, QMB/SLMB o CoverKids.
☐ Sí ☐ No **Si no, vaya a Información sobre empleo e ingresos actuales en la página 6.**
Si sí, ¿la PERSONA 2 quiere **conservarla?** ☐ **Sí. Si sí, vaya a la pregunta 10.**
☐ **No. Si no, terminaremos la cobertura de la Persona 2.** Le enviaremos una carta que dice cuándo termina. **Encierre en un círculo** la cobertura que desea terminar:
TennCare QMB/SLMB CoverKids

*Si otras personas de su casa desean **conservar** su cobertura **vaya a Información sobre empleo e ingresos actuales en la página 6.**

10. ¿La PERSONA 2 vive en un centro médico o una casa de convalecencia o necesita atención de enfermería en una casa de convalecencia o en su hogar? ☐ Sí ☐ No **Si sí,** complete y envíe **tanto el Apéndice A como este Paquete de Renovación.**

11. ¿La PERSONA 2 tiene Medicare y desea obtener o conservar la ayuda para pagar el costo compartido de Medicare, como QMB o SLMB? Estos pagan las primas de Medicare y a veces los copagos y deducibles de Medicare. ☐ Sí ☐ No Si sí, complete y envíe **tanto el Apéndice A como este Paquete de Renovación.**

12. ¿La PERSONA 2 necesita atención para enfermos terminales (hospicio)? ☐ Sí ☐ No **Si sí,** complete y envíe **tanto el Apéndice A como este Paquete de Renovación.**

13. ¿La PERSONA 2 ha recibido tanto un cheque de SSI como un cheque del Seguro Social en el mismo mes por lo menos una vez desde abril de 1977, Y sigue recibiendo un cheque del Seguro Social? ☐ Sí ☐ No **Si sí,** complete y envíe **tanto el Apéndice A como este Paquete de Renovación.**

14. ¿Está embarazada o es menor de 21 años de edad? ☐ Sí ☐ No **Si sí,** ¿usted o alguna otra persona de su hogar ha recibido atención médica o medicina en los últimos 3 meses y tiene cuentas (pagadas o no pagadas) relacionadas con esa atención médica o medicina? O, ¿ha pagado alguna cuenta médica este mes (sin importar su antigüedad)? ☐ Sí ☐ No **Si sí,** complete y envíe **tanto el Apéndice A como este paquete de renovación.**

15. ¿La PERSONA 2 es ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No

16. **Si la PERSONA 2 no es ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.,** ¿tiene él/ella una categoría de inmigración elegible? ☐ Sí **a.** ¿Cuál es la categoría de inmigración de él/ella? _____

¿En qué fecha obtuvo esa categoría de inmigración la Persona 2? _____ ¿En qué fecha entró a los EE.UU. la Persona 2? _____

Complete el tipo de documento y número de identificación de la Persona 2 abajo:

Número de extranjero o I-94

Número de tarjeta o número de pasaporte

Identificación de SEVIS o fecha de vencimiento (opcional)

Otro (código de categoría o país de emisión)

¿Necesita ayuda con su solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701.** ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. ¿Tiene un problema de audición o del habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298, luego marque 1-855-259-0701.

PASO 2: PERSONA 2

Continúe con la Persona 2

SSN de la Persona 1 ____ - _____ - ____

b. ¿La Persona 2 tenía una categoría diferente antes? ☐ Sí ☐ No Si sí, ¿cuál era? _____

c. ¿La Persona 2 ha vivido en los EE.UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No

d. ¿La Persona 2 o su cónyuge o su padre es un veterano o un miembro en servicio activo militar de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No

17. ¿Vive la PERSONA 2 por lo menos con un niño menor de 18 años (o de 18 y es estudiante de tiempo completo) y es la persona principal que cuida a este menor? ☐ Sí ☐ No
Si sí, díganos el nombre: _____ **relación con la Persona 2**: _____

18. ¿La PERSONA 2 estuvo en cuidado de acogida a la edad de 18 años o más en Tennessee? ☐ Sí ☐ No

19. ¿La PERSONA 2 tiene 22 años de edad o menos? Si sí, ¿la PERSONA 2 es un estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No

20. ¿Es la PERSONA 2 una mujer menor de 65 años de edad que está recibiendo tratamiento ahora o necesita tratamiento para el cáncer de mama o de cuello del útero? ☐ Sí ☐ No

21. **Si es de origen étnico hispano/latino (OPCIONAL — marque todo lo que corresponda)**
☐ Mexicano ☐ Mexicano americano ☐ Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otro _____

22. **Raza (OPCIONAL — marque todo lo que corresponda)**

☐ Blanco	☐ Indio asiático	☐ Japonés	☐ Otra raza asiática	☐ Samoano
☐ Negro o afroamericano	☐ Chino	☐ Coreano	☐ Hawaiano	☐ Otra raza de las islas del Pacífico
☐ Indio nativo estadounidense o nativo de Alaska	☐ Filipino	☐ Vietnamita	☐ Guameño o Chamorro	☐ Otra _____

Información sobre empleo e ingresos actuales

La Guía de Instrucciones explica más sobre los comprobantes que necesitamos.

☐ **Tengo empleo** Comience con la pregunta 23.
☐ **No tengo empleo** Sáltese a la pregunta 32.
☐ **Trabajo por mi cuenta** Sáltese a la pregunta 31.

EMPLEO ACTUAL 1: Si la Persona 2 tiene empleo actualmente, díganos de sus ingresos durante **las últimas 8 semanas.**

23. Nombre y dirección del empleador

24. Número de teléfono del empleador ( ) –

25. Salarios/propinas (antes de impuestos) $_____ ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual

26. Cantidad promedio de horas trabajadas cada SEMANA _____

EMPLEO ACTUAL 2: Si la Persona 2 tiene más de 2 trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.

27. Nombre y dirección del empleador

28. Número de teléfono del empleador ( ) –

29. Salarios/propinas (antes de impuestos) $_____ ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual

30. Cantidad promedio de horas trabajadas cada SEMANA _____

31. **Si trabaja por cuenta propia, conteste las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo _____

b. ¿Qué cantidad de ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos de su negocio) recibirá la Persona 2 de este trabajo por cuenta propia este mes? $ _____

32. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todo lo que corresponda y diga la cantidad y con qué frecuencia la recibe la Persona 2.
NOTA: No es necesario que nos diga de manutención de los hijos, pago de veteranos ni Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

☐ Nada

☐ Desempleo	$ _____ ¿Frecuencia? _____	☐ Pensión alimenticia recibida	$ _____ ¿Frecuencia? _____
☐ Pensiones	$ _____ ¿Frecuencia? _____	☐ Ingresos netos de agricultura/pesca	$ _____ ¿Frecuencia? _____
☐ Seguro Social	$ _____ ¿Frecuencia? _____	☐ Ingresos netos de rentas/regalías	$ _____ ¿Frecuencia? _____
☐ Cuentas de retiro	$ _____ ¿Frecuencia? _____	☐ Otros ingresos	Tipo: _____

33. **DEDUCCIONES:** Marque todas las respuestas que correspondan. Díganos la cantidad y con qué frecuencia la recibe la Persona 2. Si la Persona 2 paga ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federal, decirnos sobre eso podría reducir su ingreso. **NOTA:** No incluya un gasto que ya consideró en la respuesta de ingresos netos de empleo por cuenta propia (pregunta 31b). La Guía de Instrucciones explica más sobre los comprobantes que necesitamos.

☐ Manutención pagada	$ _____ ¿Frecuencia? _____	☐ Otras deducciones	Tipo: _____
☐ Intereses de préstamos estudiantiles	$ _____ ¿Frecuencia? _____		$ _____ ¿Frecuencia? _____

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber acerca de la PERSONA 2.

¿Tiene más miembros de la familia sobre los que nos debe decir? Puede agregar a otros 2 miembros de la familia en las páginas siguientes. Si necesita aún más páginas, haga una copia de las páginas 9 y 10. En la oficina local del Departamento de Servicios Humanos (DHS) le pueden hacer una copia.

PASO 2: Otro miembro de la familia

SSN de la Persona 1 ____ - _____ - ____

Continúe con el paso 2 para otras personas que viven con usted y/o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federal (si declara). Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que de todos modos debe agregar a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III)

2. ¿Relación con usted?

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

4. Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

5. Número de Seguro Social (SSN) ___ ___ ___ - ___ - ___ ___ ___ **Lo necesitamos si quiere conservar su cobertura de seguro médico y tiene un SSN.** Si presentó la solicitud para un SSN, pero no lo ha recibido, ¿cuándo la presentó? _____

6. ¿Esta persona vive en la misma dirección que la Persona 1? ☐Sí ☐No **Si no,** escriba la dirección _____ Condado: _____

7. **¿Esta persona tiene planeado presentar una declaración de impuestos federal en la próxima fecha que toquen impuestos?** (Puede renovar aunque no declare impuestos.)
   - ☐ **SÍ. Si sí** ¿a quién **reclamará esta persona** en sus impuestos? Díganos el nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido). _____
     ¿Esta persona presentará una declaración conjuntamente con su cónyuge? ☐Sí ☐No
     Si sí, díganos el nombre del cónyuge: _____
   - ☐ **NO. Si no** ¿esta persona será reclamada como dependiente fiscal por otra persona? ☐Sí ☐No
     Si sí, díganos **quién reclamará a esta persona** como dependiente fiscal. Díganos el nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) y la relación que tiene con esa persona. _____
     ¿Él/ella vive con esta persona? ☐ Sí ☐ No

8. ¿Esta persona está embarazada? ☐ Sí ☐ No **Si sí,** ¿cuántos bebés espera en este embarazo? _____
   ¿Cuál es la fecha de parto prevista? _____ (mm/dd/aaaa)

9. ¿Esta persona tiene cobertura de seguro médico con nosotros ahora? Esto incluye TennCare, QMB/SLMB o CoverKids.
   ☐ Sí ☐ No **Si no, vaya a Información sobre empleo e ingresos actuales en la página 8.**
   Si sí, ¿quiere ver si puede **conservarla**? ☐ **SÍ. Si sí, vaya a la pregunta 10.**
   ☐ **NO Si no, terminaremos la cobertura de esta persona.** Le enviaremos una carta que dice cuándo termina. **Encierre en un círculo** la cobertura que desea terminar:
   TennCare QMB/SLMB CoverKids

*Si otras personas de su casa desean **conservar** su cobertura **vaya a Información sobre empleo e ingresos actuales en la página 8.**

10. ¿Esta persona vive en un centro médico o una casa de convalecencia o necesita atención de enfermería en una casa de convalecencia o en su hogar? ☐ Sí ☐ No **Si sí,** complete y envíe **tanto el Apéndice A como este Paquete de Renovación.**

11. ¿Esta persona tiene Medicare y desea obtener o conservar la ayuda para pagar el costo compartido de Medicare, como QMB o SLMB? Estos pagan las primas de Medicare y a veces los copagos y deducibles de Medicare. ☐Sí ☐No Si sí, complete y envíe **tanto el Apéndice A como este Paquete de Renovación.**

12. ¿Esta persona necesita atención para enfermos terminales (hospicio)? ☐ Sí ☐ No **Si sí,** complete y envíe **tanto el Apéndice A como este Paquete de Renovación.**

13. ¿Esta persona ha recibido tanto un cheque de SSI como un cheque del Seguro Social en el mismo mes por lo menos una vez desde abril de 1977, Y sigue recibiendo un cheque del Seguro Social? ☐ Sí ☐ No **Si sí,** complete y envíe **tanto el Apéndice A como este Paquete de Renovación.**

14. ¿Esta persona está embarazada o es menor de 21 años de edad? ☐ Sí ☐ No **Si sí,** ¿usted o alguna otra persona de su hogar ha recibido atención médica o medicina en los últimos 3 meses **y** tiene cuentas (pagadas o no pagadas) relacionadas con esa atención médica o medicina? O, ¿ha pagado alguna cuenta médica este mes (sin importar su antigüedad)? ☐ Sí ☐ No
    Si sí, complete y envíe **tanto el Apéndice A como este Paquete de Renovación.**

15. ¿Esta persona es ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No

16. **Si él/ella no es ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.,** ¿tiene él/ella una categoría de inmigración elegible? ☐Sí **a.** ¿Cuál es la categoría de inmigración de él/ella? _____
    ¿En qué fecha obtuvo él/ella esa categoría de inmigración? _____ ¿En qué fecha entró a los EE.UU. esta persona? _____
    Complete el tipo de documento y número de identificación de esta persona abajo.

Número de extranjero o I-94

Número de tarjeta o número de pasaporte

Identificación de SEVIS o fecha de vencimiento (opcional)

Otro (código de categoría o país de emisión)

¿Necesita ayuda con su solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701.** ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. ¿Tiene un problema de audición o del habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298, luego marque 1-855-259-0701.

PASO 2: Otro miembro de la familia

Continúe con el miembro de la familia de la página 7. SSN de la Persona 1 _____ - ___ - _____

b. ¿Esta persona tenía una categoría diferente antes? ☐ Sí ☐ No Si sí, ¿cuál era?_____

c. ¿Esta persona ha vivido en los EE.UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No

d. ¿Esta persona o su cónyuge o su padre es un veterano o un en servicio activo militar de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No

17. ¿Vive la persona por lo menos con un niño menor de 18 años (o de 18 y es estudiante de tiempo completo) y es la persona principal que cuida a este menor? ☐ Sí ☐ No
Si sí, díganos el nombre: _____ **relación con esta persona:** _____

18. ¿La persona estuvo en cuidado de acogida a la edad de 18 años o más en Tennessee? ☐ Sí ☐ No

19. ¿La persona tiene 22 años de edad o menos? Si sí, ¿la persona es un estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No

20. ¿Esta persona es una mujer menor de 65 años de edad que está recibiendo tratamiento ahora o necesita tratamiento para el cáncer de mama o de cuello del útero? ☐ Sí ☐ No

21. **Si es de origen étnico hispano/latino (OPCIONAL — marque todo lo que corresponda)**
☐ Mexicano ☐ Mexicano americano ☐ Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otro _____

22. **Raza (OPCIONAL — marque todo lo que corresponda)**

☐ Blanco	☐ Indio asiático	☐ Japonés	☐ Otra raza asiática	☐ Samoano
☐ Negro o afroamericano	☐ Chino	☐ Coreano	☐ Hawaiano	☐ Otra raza de las islas del Pacífico
☐ Indio nativo estadounidense o nativo de Alaska	☐ Filipino	☐ Vietnamita	☐ Guameño o Chamorro	☐ Otra_____

Información sobre empleo e ingresos actuales

La Guía de Instrucciones explica más sobre los comprobantes que necesitamos.

☐ **Tengo empleo** Comience con la pregunta 23.
☐ **No tengo empleo** Sáltese a la pregunta 32.
☐ **Trabajo por mi cuenta** Sáltese a la pregunta 31.

EMPLEO ACTUAL 1: Si tiene empleo actualmente, díganos de sus ingresos durante **las últimas 8 semanas.**

23. Nombre y dirección del empleador

24. Número de teléfono del empleador ( ) –

25. Salarios/propinas (antes de impuestos) $ _____ ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual

26. Cantidad promedio de horas trabajadas cada SEMANA _____

EMPLEO ACTUAL 2: Si tiene más de 2 trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.

27. Nombre y dirección del empleador

28. Número de teléfono del empleador ( ) –

29. Salarios/propinas (antes de impuestos) $_____ ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual

30. Cantidad promedio de horas trabajadas cada SEMANA_____

31. **Si trabaja por cuenta propia, conteste las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo

b. ¿Qué cantidad de ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos de su negocio) recibirá la Persona 2 de este trabajo por cuenta propia este mes? $_____

32. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todo lo que corresponda y diga la cantidad y con qué frecuencia la recibe esta persona.
NOTA: No es necesario que nos diga de manutención de los hijos, pago de veteranos ni Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

☐ Nada

☐ Desempleo	$_____ ¿Frecuencia?_____	☐ Pensión alimenticia recibida	$_____ ¿Frecuencia?_____
☐ Pensiones	$ _____ ¿Frecuencia? _____	☐ Ingresos netos de agricultura/pesca	$_____ ¿Frecuencia?_____
☐ Seguro Social	$ _____ ¿Frecuencia? _____	☐ Ingresos netos de rentas/regalías	$_____ ¿Frecuencia?_____
☐ Cuentas de retiro	$ _____ ¿Frecuencia? _____	☐ Otros ingresos	Tipo:_____

33. **DEDUCCIONES:** Marque todas las respuestas que correspondan. Díganos la cantidad y con qué frecuencia la recibe esta persona. Si e Persona 2 paga ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federal, decirnos sobre eso podría reducir sus ingresos un poco. **NOTA:** No incluya un gasto que ya consideró en la respuesta de ingresos netos de empleo por cuenta propia (pregunta 31b). La Guía de Instrucciones explica más sobre los comprobantes que necesitamos.

☐ Manutención pagada	$_____ ¿Frecuencia?_____	☐ Otras deducciones	Tipo:_____
☐ Intereses de préstamos estudiantiles	$ _____ ¿Frecuencia?_____		$ _____ ¿Frecuencia?_____

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber acerca de este miembro de la familia.

¿Tiene más miembros de la familia sobre los que nos debe decir? Puede agregar a otro miembro de la familia en las páginas siguientes. Si necesita agregar a más miembros de la familia que viven con usted, haga una copia de las páginas 9 y 10. En la oficina local del Departamento de Servicios Humanos (DHS) le pueden hacer una copia.

PASO 2: Otro miembro de la familia

SSN de la Persona 1 ____ - _____ - ____

Continúe con el paso 2 para otras personas que viven con usted y/o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federal (si declara). Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que de todos modos debe agregar a los miembros de la familia que viven con usted.

1.Nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo(Jr., Sr., III)	2. ¿Relación con usted?
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	4.Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

5. Número de Seguro Social (SSN) __ __ __ - __ __ - __ __ __ __ **Lo necesitamos si quiere conservar su cobertura de seguro médico y tiene un SSN.** Si presentó la solicitud para un SSN, pero no lo ha recibido, ¿cuándo la presentó? _____

6. ¿Esta persona vive en la misma dirección que la Persona 1? ☐ Sí ☐ No **Si no,** escriba la dirección: _____

Condado: _____

7. **¿Esta persona tiene planeado presentar una declaración de impuestos federal en la próxima fecha que toquen impuestos?** (Puede renovar aunque no declare impuestos.)

☐ **SÍ.** **Si sí** ¿a quién **reclamará esta persona** en sus impuestos? Díganos el nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido). _____

¿Esta persona presentará una declaración conjuntamente con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No

Si sí, díganos el nombre del cónyuge: _____

☐ **NO.** **Si no** ¿esta persona será reclamada como dependiente fiscal por otra persona? ☐ Sí ☐ No

Si sí, díganos **quién reclamará a esta persona** como dependiente fiscal. Díganos el nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) y la relación que tiene con esa persona. _____

¿Él/ella vive con esta persona? ☐ Sí ☐ No

8. ¿Esta persona está embarazada? ☐ Sí ☐ No **Si sí,** ¿cuántos bebés espera en este embarazo? _____

¿Cuál es la fecha de parto prevista? _____

9. ¿Esta persona tiene cobertura de seguro médico con nosotros ahora? Esto incluye TennCare, QMB/SLMB o CoverKids.

☐ Sí ☐ No **Si no, vaya a Información sobre empleo e ingresos actuales en la página 10.**

Si sí, ¿quiere ver si puede **conservarla**? ☐ **SÍ. Si sí, vaya a la pregunta 10.**

☐ **NO Si no, terminaremos la cobertura de esta persona.** Le enviaremos una carta que dice cuándo termina. **Encierre en un círculo** la cobertura que desea terminar:

TennCare QMB/SLMB CoverKids

*Si otras personas de su casa desean **conservar** su cobertura **vaya a Información sobre empleo e ingresos actuales en la página 10.**

10. ¿Esta persona vive en un centro médico o una casa de convalecencia o necesita atención de enfermería en una casa de convalecencia o en su hogar? ☐ Sí ☐ No **Si sí,** complete y envíe **tanto el Apéndice A como este Paquete de Renovación.**

11. ¿Esta persona tiene Medicare y desea obtener o conservar la ayuda para pagar el costo compartido de Medicare, como QMB o SLMB? Estos pagan las primas de Medicare y a veces los copagos y deducibles de Medicare. ☐ Sí ☐ No

Si sí, complete y envíe **tanto el Apéndice A como este Paquete de Renovación.**

12. ¿Esta persona necesita atención para enfermos terminales (hospicio)? ☐ Sí ☐ No **Si sí,** complete y envíe **tanto el Apéndice A como este Paquete de Renovación.**

13. ¿Esta persona ha recibido tanto un cheque de SSI como un cheque del Seguro Social en el mismo mes por lo menos una vez desde abril de 1977, Y sigue recibiendo un cheque del Seguro Social? ☐ Sí ☐ No **Si sí,** complete y envíe **tanto el Apéndice A como este Paquete de Renovación.**

14. ¿Esta persona está embarazada o es menor de 21 años de edad? ☐ Sí ☐ No **Si sí,** ¿esta persona o alguna otra persona de su hogar ha recibido atención médica o medicina en los últimos 3 meses y tiene cuentas (pagadas o no pagadas) relacionadas con esa atención médica o medicina? O, ¿esta persona ha pagado alguna cuenta médica este mes (sin importar su antigüedad)? ☐ Sí ☐ No

Si sí, complete y envíe **tanto el Apéndice A como este Paquete de Renovación.**

15. ¿Esta persona es ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No

16. **Si él/ella no es ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.,** ¿tiene él/ella una categoría de inmigración elegible? ☐ Sí **a.** ¿Cuál es la categoría de inmigración de él/ella? _____

¿En qué fecha obtuvo él/ella esa categoría de inmigración? _____ ¿En qué fecha entró a los EE.UU. esta persona? _____

Complete el tipo de documento y número de identificación de esta persona abajo.

Número de extranjero o I-94

Número de tarjeta o número de pasaporte

Identificación de SEVIS o fecha de vencimiento (opcional)

Otro (código de categoría o país de emisión)

¿Necesita ayuda con su solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701.** ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. ¿Tiene un problema de audición o del habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298, luego marque 1-855-259-0701.

PASO 2: Otro miembro de la familia

Continúe con el miembro de la familia de la página

9. SSN de la Persona 1 ____ - ____ - ____

b. ¿Esta persona tenía una categoría diferente antes? ☐ Sí ☐ No Si sí, ¿cuál era? _____

c. ¿Esta persona ha vivido en los EE.UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No

d. ¿Esta persona o su cónyuge o su padre es un veterano o un en servicio activo militar de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No

17. ¿Vive esta persona por lo menos con un niño menor de 18 años (o de 18 y es estudiante de tiempo completo) y es la persona principal que cuida a este menor? ☐ Sí ☐ No
Si sí, díganos el nombre: _____ **relación con esta persona:** _____

18. ¿Estuvo esta persona en cuidado de acogida a la edad de 18 años o más en Tennessee? ☐ Sí ☐ No

19. ¿Esta persona tiene 22 años de edad o menos? Si sí, ¿esta persona es un estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No

20. ¿Esta persona es una mujer menor de 65 años de edad que está recibiendo tratamiento ahora o necesita tratamiento para el cáncer de mama o de cuello del útero? ☐ Sí ☐ No

21. **Si es de origen étnico hispano/latino (OPCIONAL — marque todo lo que corresponda)**
☐ Mexicano ☐ Mexicano americano ☐ Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otro _____

22. **Raza (OPCIONAL — marque todo lo que corresponda)**

☐ Blanco	☐ Indio asiático	☐ Japonés	☐ Otra raza asiática	☐ Samoano
☐ Negro o afroamericano	☐ Chino	☐ Coreano	☐ Hawaiano	☐ Otra raza de las islas del Pacífico
☐ Indio nativo estadounidense o nativo de Alaska	☐ Filipino	☐ Vietnamita	☐ Guameño o Chamorro	☐ Otra _____

Información sobre empleo e ingresos actuales

La Guía de Instrucciones explica más sobre los comprobantes que necesitamos.

☐ **Tengo empleo** — Comience con la pregunta 23.
☐ **No tengo empleo** — Sáltese a la pregunta 32.
☐ **Trabajo por mi cuenta** — Sáltese a la pregunta 31.

EMPLEO ACTUAL 1: Si esta persona tiene empleo actualmente, díganos de sus ingresos durante **las últimas 8 semanas.**

23. Nombre y dirección del empleador

24. Número de teléfono del empleador ( ) –

25. Salarios/propinas (antes de impuestos) $____ ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual

26. Cantidad promedio de horas trabajadas cada SEMANA

EMPLEO ACTUAL 2: Si esta persona tiene más de 2 trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.

27. Nombre y dirección del empleador

28. Número de teléfono del empleador ( ) –

29. Salarios/propinas (antes de impuestos) $____ ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual

30. Cantidad promedio de horas trabajadas cada SEMANA

31. **Si trabaja por cuenta propia, conteste las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo

b. ¿Qué cantidad de ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos de su negocio) recibirá la Persona 2 de este trabajo por cuenta propia este mes? $_____

32. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todo lo que corresponda y diga la cantidad y con qué frecuencia la recibe esta persona. **NOTA:** No es necesario que nos diga de manutención de los hijos, pago de veteranos ni Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

☐ Nada

☐ Desempleo	$ _____ ¿Frecuencia? ____	☐ Pensión alimenticia recibida	$ _____ ¿Frecuencia? _____
☐ Pensiones	$ _____ ¿Frecuencia? ____	☐ Ingresos netos de agricultura/pesca	$ _____ ¿Frecuencia? _____
☐ Seguro Social	$ _____ ¿Frecuencia? ____	☐ Ingresos netos de rentas/regalías	$ _____ ¿Frecuencia? _____
☐ Cuentas de retiro	$ _____ ¿Frecuencia? ____	☐ Otros ingresos	Tipo: _____

33. **DEDUCCIONES:** Marque todas las respuestas que correspondan. Díganos la cantidad y con qué frecuencia la recibe esta persona. Si e Persona 2 paga ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federal, decirnos sobre eso podría reducir sus ingresos un poco. **NOTA:** No incluya un gasto que ya consideró en la respuesta de ingresos netos de empleo por cuenta propia (pregunta 31b). La Guía de Instrucciones explica más sobre los comprobantes que necesitamos.

☐ Manutención pagada	$ _____ ¿Frecuencia? _____	☐ Otras deducciones	Tipo: _____
☐ Intereses de préstamos estudiantiles	$ _____ ¿Frecuencia? _____		$ _____ ¿Frecuencia? _____

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber acerca de este miembro de la familia.

¿Tiene más miembros de la familia sobre los que nos debe decir? Si necesita agregar a más miembros de la familia que viven con usted, haga una copia de las páginas 9 y 10. En la oficina local del Departamento de Servicios Humanos (DHS) le pueden hacer una copia.

PASO 3 La cobertura de seguro médico de su familia

SSN de la Persona 1____ - ___ - _____

Conteste estas preguntas para todas las personas que necesiten cobertura de seguro médico.

1. **¿Alguien está inscrito ahora en cobertura de seguro médico a través de los siguientes?** ☐ **SÍ** ☐ **NO**
   Si sí, marque el tipo de cobertura y **escriba el nombre de la persona** junto a la cobertura que tienen.

   ☐ Medicare: _____

   ☐ TRICARE (no lo marque si tiene atención médica directa o Line of Duty): _____

   ☐ Programas de atención médica de la Administración de Veteranos _____

   ☐ Cuerpo de Paz: _____

   ☐ Seguro del empleador: _____
   Nombre del seguro médico: _____
   Número de póliza: _____
   ¿Es cobertura COBRA? ☐ Sí ☐ No
   ¿Es un plan de seguro médico para jubilados? ☐ Sí ☐ No

   ☐ Otro: _____
   Nombre del seguro médico: _____
   Número de póliza: _____
   ¿Es un plan con beneficios limitados (como una póliza contra accidentes escolares)?
   ☐ Sí ☐ No

2. **¿Este seguro médico cubre beneficios de maternidad?** ☐ **Sí** ☐ **No**

3. **¿A alguna persona nombrada en esta solicitud le ofrecen cobertura de seguro médico en un trabajo?**
   Marque sí, aunque la cobertura sea del trabajo de otra persona, como de uno de los padres o su cónyuge.
   ☐ **SÍ. Si sí, díganos quién:** _____
   ☐ **NO. Si no, continúe al Paso 4.**

PASO 4 Ayuda para completar este Paquete de Renovación

¿Necesita ayuda con este Paquete de Renovación?

- Puede llamar a Tennessee Health Connection al **1-855-259-0701.**

¿Qué puede hacer si necesita ayuda en persona con su Paquete de Renovación?

- La oficina local del Departamento de Servicios Humanos (DHS) le puede ayudar. Para buscar la oficina local, visite https://www.tn.gov/humanservices y haga clic en Find our Offices (Buscar nuestras oficinas) al pie de la página o llame al **1-866-311-4287.**

- Si usted está recibiendo atención médica en un centro de salud mental de la comunidad, ellos también le pueden ayudar. Sus oficinas se encuentran en http://tamho.org/service.php.

¿Tiene un representante autorizado que pueda hablar con nosotros acerca de su Paquete de Renovación en su nombre? Esta es una persona de confianza quien, con su consentimiento (su autorización):

- hablará con nosotros de este Paquete de Renovación y su atención médica,
- verá su información,
- actuará en su nombre en asuntos relacionados con este paquete y su cobertura (incluso la obtención de información sobre su Paquete de Renovación)
- y firmará su Paquete de Renovación en su nombre.

¿Necesita ayuda con su solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701.** ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. ¿Tiene un problema de audición o del habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298, luego marque 1-855-259-0701.

PASO 4 (continuación)

SSN de la Persona 1 ____ - _____ - ____

Su representante autorizado puede ser un individuo o una organización. La información divulgada por y a su representante podría ser divulgada a otras personas. No todos tienen que observar las mismas reglas de privacidad.

Su representante continuará gozando de estos derechos hasta que usted nos diga que quiere cambiar. Si alguna vez usted necesita cambiar de representante autorizado o terminar sus derechos como su representante, llame a Tennessee Health Connection al **1-855-259-0701**. Esto no cambiará la información que ya hayamos divulgado a su representante, pero nosotros ya no divulgaremos más información.

Si usted o alguien en este Paquete de Renovación ya tiene un representante designado legalmente (tutor, custodio o poder notarial), envíenos un comprobante con el paquete. Es útil que lo envíe incluso aunque ya nos haya dado ese comprobante antes. Recuerde que debemos tener un comprobante de su representante autorizado en nuestros expedientes antes de que podamos hablar con él/ella.

Usted puede elegir a un nuevo representante completando sus datos a continuación.

1. Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido)

2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal
7. Número de teléfono ( ) --	8. Dirección de correo electrónico	

Si su representante es parte de una organización que le está ayudando a renovar su cobertura, como un hospital, un doctor o una casa de convalecencia, el empleado representante debe completar la información y firmar abajo.

También debe estar de acuerdo en que:

Como empleado, miembro del personal o voluntario de la organización o empresa mencionada más abajo, afirma que observará los códigos 42 CFR 431 (f), 42 CFR 155.260 (f) y 45 CFR 447.10, así como otras leyes estatales y federales pertinentes en relación con los conflictos de intereses y la confidencialidad de la información. La organización o el proveedor deberá notificar a la Agencia de cualquier cambio de nombre o información de contacto del representante en un plazo de diez (10) días del cambio.

1. Nombre de la organización (si corresponde)	2. Número de identificación (si corresponde)
3. Firma del representante autorizado (si corresponde)	4. Fecha (si corresponde)

Hay una página más antes de que termine. Es para que usted **Lea y Firme** este Paquete de Renovación.

PASO 5 Lea y firme este Paquete de Renovación SSN de la Persona 1____ - ___ - _____

- Firmo este Paquete de Renovación bajo pena de perjurio lo cual significa que he dado respuestas verídicas a todas las preguntas de este formulario y sus suplementos a mi mejor saber y entender. Entiendo que puedo estar sujeto a sanciones en virtud de las leyes estatales y federales si proporciono información falsa.
- Yo sé que debo decirle a Tennessee Health Connection si algo cambia (y es diferente de) lo que escribí en este Paquete de Renovación **en un plazo de 10 días** de ese cambio. Puedo llamar al **1-855-259-0701** para reportar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de los miembros de mi hogar.
- Entiendo que en virtud de la ley federal, no se permite la discriminación por causa de raza, color de la piel, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Si piensa que hay sido tratado de una manera injusta, llame al **1-855-259-0701** para reportarlo. La llamada es gratis.
- Si se le aprueba, no puede conservar ningún pago médico o de seguro médico que reciba de un seguro u otras compañías. Esos pagos le pertenecen al Estado. Usted debe cedérselos al Estado.
- ¿Qué ocurre si la Oficina de Investigaciones de Tennessee (Bureau of Investigations), la Oficina del Inspector General de TennCare u otra dependencia le pide su ayuda para pillar fraude y abuso en TennCare? Usted debe ayudar.
- Si el Estado paga sus gastos médicos o la atención en una casa de convalecencia, el Estado podría recuperar ese dinero. Cuando usted fallezca, el Estado puede tomar de su patrimonio el dinero que usted le deba.
- Nadie más puede usar su tarjeta de TennCare. ¿Qué pasa si le permite a otra persona usar su tarjeta? Es posible que tenga que reembolsarle al Estado el costo de las cuentas médicas de la otra persona. Y usted podría ir a la cárcel.
- Si usted tiene un SSN y está solicitando beneficios usted tiene la obligación de proporcionar un SSN válido. La ley federal nos permite pedir un SSN. 42 CFR 435.910. La ley estatal también nos permite pedirle su SSN. Tenn. Code Ann § 71-5-106.
- Ninguna persona incluida en este Paquete de Renovación está encarcelada (detenida en la cárcel o prisión). Si una persona que aparece en este Paquete de Renovación **está** en la cárcel o prisión **ahora,** díganos quién:

_____
(nombre de la persona)

Si alguien en esta solicitud es elegible para Medicaid

- Concedo a TennCare Medicaid nuestros derechos de pedir y obtener dinero de otro seguro de salud, de acuerdos legales o de otros terceros. También le concedo a TennCare Medicaid derechos para pedir y recibir manutención médica de un cónyuge o padre.
- ¿Hay algún niño en esta solicitud cuyo padre o madre vive fuera de la casa? ☐ Sí ☐ No
- Si sí, sé que me pedirán cooperar con la agencia que cobra la manutención médica de un padre ausente. Si creo que cooperar para obtener manutención médica me perjudicará o perjudicará a mis hijos, puedo decírselo a Medicaid y posiblemente no tenga que cooperar.

Mi derecho a apelar

Si pienso que TennCare Medicaid o CoverKids (CHIP) ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien que creo que la medida es incorrecta y pedir una reevaluación imparcial de la medida. Sé que puedo averiguar cómo apelar llamando a Tennessee Health Connection al **1-855-259-0701.** Sé que puedo ser representado en el proceso por alguien que no sea yo. Me explicarán mi elegibilidad y otra información importante.

Firme este Paquete de Renovación en el espacio a continuación. La persona que completó el Paso 1 debe **firmar abajo.** Si usted es un representante autorizado puede firmar abajo, siempre y cuando haya proporcionado la información requerida en el Paso 4. Si usted está firmando porque el solicitante no es físicamente capaz de hacerlo, por favor indique la razón.

Firma:	Nombre en letra de imprenta:	Fecha (dd/mm/aaaa)

PASO 6 Envíe el Paquete de Renovación completado por correo o por fax

Envíe el Paquete de Renovación firmado a la dirección indicada abajo. No se olvide de incluir el Apéndice A y/o B, si corresponde.

Tennessee Health Connection
P.O. Box 20201
Nashville, TN 37202-0201

También puede enviar su solicitud por fax al **1-877-430-0843.** No se olvide de enviar los comprobantes que necesitamos para decidir si usted puede conservar TennCare o CoverKids.

Si desea registrarse para votar, puede completar un formulario de registro de votante en **www.tn.gov/sos/election/registration.**

¿Necesita ayuda con su solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701.** ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. ¿Tiene un problema de audición o del habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298, luego marque 1-855-259-0701.

Apéndice A

Paquete de renovación

Use el Apéndice A si responde "sí" a cualquiera de estas preguntas. Marque la casilla junto a la pregunta(s) que se aplica a usted.

¿Más de una persona necesita utilizar el Apéndice A? Haga una copia y complete el Apéndice A para cada persona adicional.

¿Vive en una casa de convalecencia o centro médico o necesita atención domiciliaria de enfermería, ya sea en casa de convalecencia o en su hogar? ☐ Sí

¿Tiene Medicare y desea obtener o conservar la ayuda para pagar su costo compartido de Medicare, como QMB o SLMB? Estos pagan las primas de Medicare y a veces los co-pagos y deducibles de Medicare. ☐ Sí

¿Necesita cuidados paliativos (hospicio)? ☐ Sí

¿Ha recibido tanto un cheque de SSI como un cheque del Seguro Social en el mismo mes por lo menos una vez desde abril de 1977 Y sigue recibiendo un cheque del Seguro Social? ☐ Sí

¿Esta embarazada y es menor de 21 años de edad? Y ¿usted o alguna otra persona de su hogar ha recibido atención o medicina en los últimos 3 meses **y** tiene facturas (pagadas o no) para esa atención o la medicina? ☐ Sí
Si responde sí a esta pregunta, sólo tiene que completar la Parte 1 y la Parte 5 de estas hojas.

¿Está recibiendo pagos del Seguro Social? ☐ Sí

Envíe el Apéndice A y su paquete de renovación a **Tennessee Health Connection, P.O. Box 20201 Nashville, TN 37202-0201. O envíela por fax al 1-877-430-0843.**

Parte 1. Díganos quién está utilizando el Apéndice A.

Nombre: _____ SSN: _____-____-_____

Parte 2. Preguntas sobre recibir atención

¿Usted calificaría para atención en una casa de convalecencia pero en su lugar quiere atención en el hogar?
Sí ☐ No ☐

¿Califica para atención en un Centro de Atención Intermedia para individuos con Discapacidades Intelectuales (ICF/IID), pero en su lugar quiere atención en el hogar? Sí ☐ No ☐
Si sí, ¿tiene esta persona **discapacidades intelectuales** (un IQ de 70 o menos) que hayan comenzado **antes de los 18 años de edad?**
Sí ☐ No ☐

¿Tiene también un cónyuge (esposo o esposa) que no vive en su casa?
Sí ☐ No ☐ **Si sí,** ¿quién? _____
¿Por qué no vive en esta casa esa persona? _____

¿Está obteniendo asistencia en una casa de convalecencia? Sí ☐ No ☐
Si sí, ¿cuál es el nombre de la casa de convalecencia? _____

¿Cuándo empezó a recibir cuidados en la casa de convalecencia? _____

000247 36/54

MAX TN 401 04/26/2016 000064 06/11/2016

Dev: 12Dec15

Parte 3. Preguntas sobre ingresos.

¿Está recibiendo un cheque del Seguro Social ahora y también lo recibía en 1972?
Sí ☐ No ☐

¿Perdió usted Medicare porque volvió al trabajo y ganaba más dinero de lo permitido por su límite de ingresos del Seguro Social? Sí ☐ No ☐

El solicitante, su cónyuge, hijo adulto discapacitado, o el padre/madre que vive en el hogar, ¿recibe uno de los tipos de ingresos a continuación? Sí ☐ No ☐

- Dinero de amigos o parientes
- Pagos de manutención de los hijos
- Pagos por desempleo de otro estado
- Beneficios de veteranos
- Compensación a los trabajadores
- Intereses/Dividendos/Regalías
- Ingreso por alquiler
- Otro

Si respondió sí, díganos sobre ello en el siguiente cuadro y envíe un comprobante. No envíe el original.
Envíe una copia.

Nombre de la persona (¿Quién recibe este dinero?)	**¿Qué clase?**	**¿Cuánto recibe?**	**¿Frecuencia?**	**¿Quién se lo paga?**	**¿Cuál es su teléfono?**
		$			
		$			
		$			

¿Recibe pagos de SSI? Sí ☐ No ☐
Si sí, díganos quién.

_____

Usted **no** tiene que enviar comprobante de ese ingreso. Nosotros lo obtendremos.

Parte 4. Díganos si paga cuidado infantil o cuidado de un adulto discapacitado.

¿Paga cuidado infantil o cuidado de un adulto discapacitado? Sí ☐ No ☐
Si sí, complete las casillas. Envié comprobante de **quién cuida a la persona** y **cuánto le paga.**
Ese comprobante lo debe firmar la persona que cuida. Debe decir cuánto le paga usted y cada cuándo.

¿Quién recibe este cuidado?	**¿Quién paga este cuidado?**	**¿Cuánto cuesta?**	**¿Con qué frecuencia lo paga?**	**Nombre y teléfono de la persona que cuida**
		$		
		$		

¿Alguien tiene otro tipo de gastos, por ejemplo, por ceguera o discapacidad?

Si sí, complete las casillas. Envíe comprobante de **cuánto paga.** Debe decir cuánto le paga usted y cada cuándo.

¿Cuál es el gasto?	**¿Quién lo paga?**	**¿Cuánto cuesta?**	**¿Con qué frecuencia lo paga?**
		$	
		$	

Parte 5. Díganos cuáles son sus pertenencias. Si necesita más espacio, puede agregar más hojas.

En las siguientes páginas **tiene** que decirnos cuáles son sus pertenencias. ¿Qué sucede si usted no nos dice sobre las cosas que tiene o si se pasa del límite? **No calificará para Medicaid** en ningún grupo que tenga un límite de recursos.

¿Es usted propietario de:	¿Cuánto vale hoy?	¿Cuánto debe todavía?	El tipo de comprobante que necesitamos:
Propiedad Díganos estas cosas acerca de la propiedad en el espacio siguiente:			Algo que indique cuánto vale; como una cuenta del impuesto sobre la propiedad y algo que indique cuánto debe, como una cuenta de su hipoteca
Dirección: Ciudad: Estado: Cód. postal:	$	$	
Dirección: Ciudad: Estado: Cód. postal:	$	$	
Cuentas de cheques Nombre del banco: _____	$		Estado de cuenta del banco o sindicato de crédito que muestre el saldo
Cuentas de ahorro o de sindicato Nombre del banco: _____	$		
Cuentas de Club Navideño Nombre del banco: _____	$		
Automóviles y camiones Díganos la marca, el modelo y el año abajo.			
Marca_____ Modelo Año	$	$	Libreta de pagos o declaración firmada que dice cuánto debe
Marca_____ Modelo Año	$	$	
Marca_____ Modelo Año	$	$	
Motocicletas y embarcaciones			
Marca_____ Modelo Año	$	$	
Marca_____ Modelo Año	$	$	
Vehículos recreativos y cámpers			
Marca_____ Modelo Año	$	$	
Fondo fiduciario o patrimonio	$		Copia de los papeles legales
Acciones Nombre: _____ Cantidad que le pertenece: _____	Valor actual: $		Papeles del banco o de la compañía de inversión que indican: • la clase de acciones o bonos • cuántos tiene de cada uno y • cuánto valen
Bonos Nombre: _____ Cantidad que le pertenece: _____	Valor actual: $		
Cuentas IRA y planes Keogh	Valor de la cuenta: $		Estado de cuenta que indica el saldo. ¿Está sacando dinero de esta cantidad? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es "sí", ¿cuánto? $
Certificados de ahorro o CDs	$		Estado de cuenta del banco que indica el saldo
Cuentas con ventajas fiscales	$		

¿Es usted propietario de:	¿Cuánto vale hoy?	¿Cuánto debe todavía?	El tipo de comprobante que necesitamos:
Contrato de servicios funerarios revocable	$	$	Copia del contrato
Contrato de servicios funerarios irrevocable	$	$	Copia del contrato
Lotes de cementerio ¿Cuántos? _____ ¿Los lotes son para usted o para miembros de su familia cercana? Sí ☐ No ☐ Si no, ¿para quién?_____	$	$	Un título y algo del cementerio que diga por cuánto podría vender los lotes ahora
Otras cosas (díganos qué):	$	$	

¿Alguna de las personas que viven en su casa tiene una póliza de seguro de vida? Sí ☐ No ☐

Díganos quién	¿Cuál es su valor en efectivo?	Nombre y teléfono de la compañía de seguros
	$	
	$	

Parte 6. SOLAMENTE complete esta parte si:

- **Vive en una casa de convalecencia y quiere Medicaid para ayudar a pagar sus cuidados en la casa de convalecencia. O bien, usted piensa que califica para atención en una casa de convalecencia pero en su lugar quiere atención en el hogar.**
- **O, ha recibido un cheque de SSI y un cheque del Seguro Social en el mismo mes o por lo menos una vez desde abril de 1977 Y que sigue recibiendo un cheque del Seguro Social.**

¿En los últimos 60 meses (5 años), ha vendido o regalado alguna de las cosas que se nombran en la Parte 5? Sí ☐ No ☐ Si sí, complete las casillas.

¿Qué es lo que vendió o regaló?	¿Cuánto valía?	¿Cuánto le pertenecía?	Si lo vendió, ¿cuánto recibió?	El tipo de comprobante que necesitamos:
	$	$	$	Algo que demuestre: • cuánto valía y • cuánto tenía usted y • por cuánto lo vendió
	$	$	$	
	$	$	$	
	$	$	$	

En los últimos 12 meses (1 año) alguien de su hogar recibió una suma grande de dinero? Podría ser de liquidación de seguro, dinero que le debía el Seguro Social o un premio de la lotería.
Sí ☐ No ☐ Si sí, complete las casillas.

Díganos quién	¿Cuánto recibió?	¿De dónde provino?	El tipo de comprobante que necesitamos:
	$		Expedientes bancarios o una carta que diga cuánto recibió.
	$		
	$		
	$		

Apéndice B
Paquete de renovación

TN Health Care Finance & Administration | TennCare

Miembro de la familia indígena americano o nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este apéndice si **usted o un miembro de la familia es indígena americano o nativo de Alaska** y desea conservar la cobertura. Envíe su paquete de renovación y el Apéndice B a la dirección indicada en el paso 6 de su paquete de renovación.

Díganos sobre los miembros de la familia que son indígenas americanos o nativos de Alaska.
Los indígenas americanos y nativos de Alaska pueden recibir servicios de Servicios de Salud para Indígenas (Indian Health Services), los programas de salud tribales o los programas de salud para indígenas urbanos. También es posible que no tengan que pagar los costos compartidos y podrían tener períodos de inscripción mensuales especiales. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia reciba la mayor ayuda posible. **Nota: si necesita incluir a más gente, haga una copia de esta hoja y adjúntela.**

PERSONA AI/AN 1:

1. Nombre completo (nombre, segundo nombre, apellido)

2. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? ☐ Sí ☐ No
   Si sí, nombre de la tribu: Estado donde está la tribu:

3. ¿Esta persona alguna vez ha recibido un servicio de Servicios de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa de salud para indígenas urbanos o a través de una recomendación de uno de esos programas?
   ☐ Sí ☐ No
   Si no, ¿califica esta persona alguna para recibir Servicios de Salud para Indígenas, programas de salud tribales o programas de salud para indígenas urbanos o a través de una recomendación de uno de esos programas?
   ☐ Sí ☐ No

4. Cierto dinero recibido no puede contarse para Medicaid ni el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Indique cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) reportado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes:
   - Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, contratos de arrendamiento o regalías
   - Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras fiduciarias indígenas por el Departamento del Interior (incluidas reservas y antiguas reservas)
   - Dinero de la venta de cosas que tienen importancia cultural

   $ ¿Frecuencia?
   $ ¿Frecuencia?

PERSONA AI/AN 2:

1. Nombre completo (nombre, segundo nombre, apellido)

2. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? ☐ Sí ☐ No
   Si sí, nombre de la tribu: Estado donde está la tribu:

3. ¿Esta persona alguna vez ha recibido un servicio de Servicios de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa de salud para indígenas urbanos o a través de una recomendación de uno de esos programas?
   ☐ Sí ☐ No
   Si no, ¿califica esta persona alguna para recibir Servicios de Salud para Indígenas, programas de salud tribales o programas de salud para indígenas urbanos o a través de una recomendación de uno de esos programas?
   ☐ Sí ☐ No

4. Cierto dinero recibido no puede contarse para Medicaid ni el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Indique cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) reportado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes:
   - Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, contratos de arrendamiento o regalías
   - Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras fiduciarias indígenas por el Departamento del Interior (incluidas reservas y antiguas reservas)
   - Dinero de la venta de cosas que tienen importancia cultural

   $ ¿Frecuencia?
   $ ¿Frecuencia?

000247 38/54
MAX TN 401 04/26/2016 000068 06/11/2016
Dev: 07Dec15

Division of Health Care Finance & Administration

Instrucciones para ayudarle a completar el Paquete de Renovación

Esta Guía de Instrucciones tiene la finalidad de proporcionar asistencia para completar los paquetes de renovación que se reciben por correo para fines de redeterminación. Cada Paquete de Renovación **tiene un código de barras** que corresponde exclusivamente al individuo elegido para recibir el paquete. Si necesita una copia del Paquete de Renovación, llame a Tennessee Health Connection al 1-855-259-0701 para solicitarla.

¿Qué sucede si usted todavía no tiene cobertura de seguro médico? El Paquete de Renovación no se puede utilizar como una solicitud para TennCare ni CoverKids. Para solicitar cobertura, visite www.healthcare.gov o llame al 1-800-318-2596. Puede encontrar más información sobre cómo presentar la solicitud en el sitio web de TennCare en www.tn.gov/tenncare.

¿Perdió la cobertura en los últimos 90 días por no enviarle información al Estado? Aun así puede utilizar este Paquete de Renovación. Pero, si perdió la cobertura hace **más** de 90 días, tiene que presentar la solicitud otra vez.

Paso 1 – Díganos de usted.

La información en el Paso 1 pide información sobre la persona elegida para recibir el Paquete de Renovación (la persona cuyo nombre aparece en la carta con este Paquete de Renovación). Esta persona debe tener cobertura de seguro médico con nosotros.

Esta sección se debe llenar de la manera más completa posible para asegurar que podamos comunicarnos con el miembro para cualquier información adicional que pueda ser necesaria. De lo contrario, el Estado no podrá renovar la cobertura para el miembro.

Paso 2

El Paso 2 se debe llenar de la manera más completa posible para cada persona que vive con usted en el hogar. Estas instrucciones están escritas como si la persona identificada en el paso es quien está llenando el Paquete de Renovación. Si está completando el Paquete de Renovación para ese miembro (bien que sea uno de sus padres, un amigo o un hijo adulto), debe completarlo desde el punto de vista del miembro identificado en el Paso 1.

Si hay más de 2 personas en el hogar, utilice el Paso 2 Otro miembro de la familia a partir de las páginas 7 y 8. Saque copias de esas páginas si hay más de 4 personas en el hogar. Luego, llene estas páginas para cada persona adicional. No se olvide de incluir el número de seguro social (SSN) de la persona que figura como la Persona 1 (la persona a quien se le envió el paquete) en la parte superior de cada página que devuelva a TennCare. Incluya el SSN de la Persona 1 también en todo comprobante que envíe en el Paquete de Renovación.

¿Tiene planeado presentar una declaración de impuestos federal en la próxima fecha que toquen impuestos o será reclamado en los impuestos de otra persona? Si es así, asegúrese de incluir a todas las personas que incluirá en su declaración de impuestos. Si la Persona 1 (la persona a quien se envió el paquete por correo a) será incluida en una declaración de impuestos que será presentada la próxima vez que toquen impuestos, asegúrese de incluir a todas las personas que se incluirán en esa declaración de impuestos.

000247 39/54
MAX TN 401 04/26/2016 000089 06/11/2016

¿Qué significa "la próxima fecha que toquen impuestos"? Esto significa que la próxima temporada de impuestos del 15 de abril, independientemente de que usted vaya a presentar su declaración de impuestos a tiempo. Por ejemplo, si usted llena este Paquete de Renovación el 1 de julio de 2015, incluya a todas las personas que incluirá en su declaración de impuestos que vence el 15 de abril de 2016. Si usted llena este formulario el 3 de abril de 2016, incluya a todas las personas que incluirá en su declaración de impuestos el 15 de abril de 2016.

Su familia o su casa debe incluir a las siguientes personas:

- Usted mismo (la persona que recibió el paquete en el correo)
- Su cónyuge, si tiene uno
- Sus hijos menores de 21 años si viven con usted
- Cualquier persona que aparece en su declaración de impuestos o cualquier persona que aparece en una declaración de impuestos en la que usted está incluido, aunque esa persona no viva con usted
- Cualquier otra persona menor de 21 años de edad a quien usted cuida y que vive con usted
- Sus padres, si viven con usted y usted es menor de 21 años de edad

Usted NO tiene que incluir a las siguientes personas:

- A los hijos de su pareja de hecho
- A sus padres si viven con usted, pero presentan su propia declaración de impuestos (si usted es mayor de 21 años de edad)
- A otros parientes adultos que viven con usted, pero que presentan su propia declaración de impuestos

Recuerde que si hay más de 4 personas en su familia, haga una copia de las páginas Otro miembro de la familia e inclúyalas cuando envíe su Paquete de Renovación. Si necesita ayuda para hacer copias, le pueden ayudar en cualquier oficina del Departamento de Servicios Humanos (DHS) del estado.

Paso 2 Persona 1

Preguntas 1-4	La Persona 1 es la persona elegida para recibir el Paquete de Renovación (la persona cuyo nombre aparece en la carta con este Paquete de Renovación). La Persona 1 debe proporcionar información completa en las preguntas 1-4, que incluyen lo siguiente: • Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III) • Fecha de nacimiento • Sexo (Masculino/Femenino)
Pregunta 5	Se debe proporcionar el Número de Seguro Social (SSN) de la Persona 1 para ayudarnos a renovar la elegibilidad del miembro con mayor rapidez. Hay algunas excepciones para proporcionar un SSN, pero si la Persona 1 tiene un SSN, debe proporcionar esa información. Los individuos que no están haciendo la renovación no están obligados a proporcionar un SSN, pero es muy útil.
Pregunta 6	La Persona 1 debe decirnos si planea presentar una declaración de impuestos federal o si será incluida en los impuestos de otra persona la próxima vez que toquen impuestos, lo que significa que el próximo 15 de abril. La pregunta 6 no pregunta si la Persona 1 declaró impuestos en el pasado. La pregunta 6 pregunta si la Persona 1 será incluida en una declaración de impuestos que la

	Persona 1 o alguien de su familia planea presentar durante la **próxima** temporada de impuestos. Para esta pregunta, no importa si la Persona 1 tiene planeado presentar los impuestos a tiempo. 6, Si sí: Si la Persona 1 tiene planeado presentar los impuestos o será incluida en los impuestos de otra persona, la Persona 1 debe indicar a todos los dependientes fiscales que serán reclamados en la esa declaración. Debe proporcionar lo siguiente para cada dependiente: • Nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) 6, Si no: Si la Persona 1 no tiene planeado declarar impuestos, pero será reclamada como dependiente fiscal, la Persona 1 tiene que decirnos lo siguiente: • Nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) de la persona (el contribuyente) que va a reclamar a la Persona 1; • La relación del contribuyente con la Persona 1 (hijo, cónyuge, etc.); • Si la Persona 1 vive con la persona (el contribuyente) que lo reclamará. Si la Persona 1 no está segura de los planes para presentar impuestos, la Persona 1 puede responder no a la pregunta 6. La Persona 1 no tiene que declarar impuestos ni ser reclamada como dependiente fiscal para ser renovada.
Pregunta 7	Si la Persona 1 está embarazada, también nos debe decir lo siguiente: • El número de bebés que espera; • La fecha de parto prevista.
Pregunta 8	¿La Persona 1 tiene cobertura de seguro médico con nosotros ahora? Cobertura de seguro médico con nosotros significa TennCare, CoverKids o un plan de ahorros de Medicare (Medicare Savings Plan) (ayuda facilitada por el estado para pagar sus primas de Medicare, como QMB o SLMB). Marque **SÍ** si la Persona 1 quiere ver si él/ella puede conservar la cobertura. ¿Y si el Paquete de Renovación se devuelve y se determina que la Persona 1 ya no es elegible para TennCare? Él o ella será considerado para CoverKids. Si la Persona 1 tiene cobertura de seguro médico con nosotros ahora, pero quiere **terminar** su cobertura marque **NO.** Si la Persona 1 dice que NO (la Persona 1 **no quiere conservar la cobertura**), **terminaremos** su actual cobertura de seguro médico. Le enviaremos una carta que dice cuándo termina su cobertura. **IMPORTANTE:** La Persona 1 debe decirnos qué tipo de cobertura él/ella quiere que se termine. La Persona 1 puede elegir su TennCare, CoverKids o Plan de Ahorros de Medicare (como QMB o SLMB). Encierre en un círculo la que la Persona 1 quiere terminar. Si la Persona 1 **no tiene** cobertura de seguro médico con nosotros ahora o no perdió la cobertura en los últimos 90 días por no enviar información al Estado,

000247 40/54

MAX TN 401 04/26/2016 000071 06/11/2016

Dery Crockett 123456

	este Paquete de Renovación **no se puede utilizar para solicitarla.** Cobertura de seguro médico con nosotros significa TennCare, CoverKids o un Plan de Ahorros de Medicare (como QMB o SLMB). Para **solicitar** TennCare o CoverKids, visite healthcare.gov o llame al Mercado Federal Facilitado (Federally Facilitated Marketplace) al 1-800-318-2596. O una persona puede solicitar una nueva cobertura por correo. Visite https://marketplace.cms.gov/applications-and-forms/marketplace-consumer-application-family-spanish.pdf para imprimir una solicitud en papel. Envíela por correo a Health Insurance Marketplace Dept. of Health and Human Services 465 Industrial Blvd London, KY 40750-0001.
Preguntas 9-13	Responder "sí" a cualquiera de estas preguntas significa que la Persona 1: • Necesita atención de convalecencia en una casa de convalecencia o en el hogar; • Tiene Medicare y quiere ayuda con los gastos de Medicare (Plan de Ahorros de Medicare, como QMB o SLMB); • Necesita atención para enfermos terminales (hospicio) en una casa de convalecencia; • Ha recibido SSI y Seguro Social en el mismo mes desde 1977, y todavía recibe Seguro Social; o • Está embarazada o es menor de 21 años de edad, – **y** tiene cuentas por atención médica en los últimos 3 meses (pagadas o no pagadas.) – **o** tiene cuentas médicas en el mes de la solicitud o pagó una factura médica pendiente durante el mes de la solicitud, independientemente de cuándo incurrió esa cuenta. Algunos de los tipos de cuentas que se pueden utilizar son los de las consultas con el doctor, hospitalizaciones, medicamentos, atención dental o de la vista, o audífonos. Si la Persona 1 contesta "sí" a estas preguntas, la Persona 1 debe enviar comprobante de sus recursos con el Paquete de Renovación. Los "recursos" son las cosas que son propiedad del miembro o de una persona en el hogar, como vehículos, cuentas bancarias, propiedad. IMPORTANTE: La Persona 1 que contesta "sí" a las preguntas 9-13 también debe llenar el Apéndice A con el Paquete de Renovación completado. Nos debe enviar el Paquete de Renovación y el Apéndice A para revisión.
Preguntas 14-15	La Persona 1 debe responder a las preguntas 14 y 15 en referencia a su estado de ciudadanía. ¿Qué sucede si la Persona 1 responde "no" a la pregunta 14 que pregunta si es ciudadano o nacional de los EE.UU., pero responde "sí" a la pregunta 15 para indicar que su categoría de inmigración es elegible? La Persona 1 debe proporcionar todos los números/identificaciones aplicables para asegurarse de que su categoría se pueda confirmar. Categoría de inmigración elegible significa que la Persona 1 tiene una categoría que le permite ser considerado para la cobertura de seguro médico.

	que le permite ser considerado para la cobertura de seguro médico. Por ejemplo, un residente legal permanente que sólo ha estado en el país con esa categoría durante 2 años no será elegible para TennCare. Pero alguien que ha estado en el país con esa categoría durante 5 años, podría ser evaluado para la cobertura de seguro médico. Los refugiados y asilados pueden ser considerados para la cobertura de seguro médico. Si usted ha tenido dos categorías diferentes de inmigración, asegúrese de decirnos.
Pregunta 16	Si la Persona 1 está viviendo con un menor de 18 años y es la persona principal que lo cuida o está cuidando a un menor de 18 años de edad que todavía está en la escuela de tiempo completo, él/ella debe contestar "sí".
Pregunta 17	Si la Persona 1 tiene 22 años o menos de edad y es un estudiante de tiempo completo, él/ella debe contestar "sí" a la pregunta 17.
Pregunta 18	Si la Persona 1 salió de cuidado de crianza a los 18 años o más en Tennessee y tenía TennCare en ese momento, él/ella debe contestar "sí" a la pregunta 18.
Pregunta 19	Si la Persona 1 es una mujer menor de 65 años que necesita o que actualmente está recibiendo tratamiento para cáncer de mama o de cuello del útero, ella debe contestar "sí" a la pregunta 19. Si la Persona 1 no ha sido sometida a un examen de detección de cáncer de mama o de cuello del útero, pero piensa que podría necesitar pruebas de detección, debería comunicarse con el Departamento de Salud: http://tn.gov/health/topic/localdepartments

Información sobre empleo e ingresos actuales de la Persona 1

La Persona 1 debe marcar "No tengo empleo", "Trabajo por mi cuenta" o "Tengo empleo".

Preguntas 22-25	Si la Persona 1 tiene un empleo, debe completar las preguntas 22-25.
	• **Nombre, dirección y número de teléfono del empleador:** Escriba la información del lugar actual donde la Persona 1 trabaja.
	• **Salarios/propinas (antes de impuestos):** Esta será la cantidad indicada en los talonarios de cheque de la Persona 1 antes de restar los impuestos y con las propinas sumadas al total.
	  o Propinas y otros ingresos en efectivo de sus trabajos: incluya todas las propinas, aunque no las haya reportado al empleador.
	• **Frecuencia:** La Persona 1 debe elegir la frecuencia con la que él/ella recibe la cantidad indicada en el campo salarios/propinas: "Por hora", "Semanal", "Cada 2 semanas," "Dos veces al mes", "Mensual" o "Anual". Si a él/ella le pagan a través de un contrato único, puede seleccionar "anual".
	  o Cantidades que cambian cada semana: si la cantidad de ingresos cambia cada semana, indique la cantidad que la Persona 1 espera ganar en todo el mes o indique la cantidad promedio de horas que la Persona 1 está trabajando ahora.
	• **Cantidad promedio de horas trabajadas cada semana:** La Persona 1

000247 41/54

MAX TN 401 04/26/2016 000073 06/11/2016

Dany Crockett 123456

	semana. Incluya todos los trabajos, aunque sean de tiempo parcial o le paguen en efectivo. Debe enviar talonarios de cheque, formularios de impuestos (1040 o W-2) o cualquier otro comprobante de trabajo e ingresos con el paquete. La Persona 1 no tiene que incluir las cantidades que un empleador deduce de su cheque de paga para guardería infantil, seguro médico, planes de jubilación ni las cantidades "no sujetas a impuestos." A veces se les llama "deducciones antes de los impuestos" (pre-tax deductions). El talonario de cheque debería indicar estas deducciones de forma individual. No incluya estas cantidades en la cantidad pagada que indicó. El talonario de cheque podría indicar "salarios federales imponibles" (federal taxable wages), lo que resta las cantidades antes de impuestos del salario bruto. Si esta cantidad se indica en el talonario de pago, utilícela para reportar lo que ganó. **¿Qué se puede utilizar como comprobante?** Debe enviar talonarios de cheque, formularios de impuestos (1040 o W-2 para 2015) o cualquier otro comprobante de trabajo e ingresos con el paquete. Si la Persona 1 envía talonarios de cheque, envíe las últimas 8 semanas contando desde el momento en que devuelva el Paquete de Renovación al Estado. Si la Persona 1 no tiene 8 semanas de comprobantes, envíe los que tenga. También puede usar extractos bancarios que muestran las cantidades de los depósitos, o cartas de un empleador como comprobante de ingresos si no tiene otros tipos de comprobantes.

Preguntas 26-29	Si la Persona 1 tiene dos trabajos, las preguntas 26-29 también se tienen que completar:
	• **Nombre, dirección y número de teléfono del empleador:** Escriba la información del lugar actual donde la Persona 1 trabaja.
	• **Salarios/propinas (antes de impuestos):** Esta será la cantidad indicada en los talonarios de cheque de la Persona 1 antes de restar los impuestos y con las propinas sumadas al total.
	  o Propinas y otros ingresos en efectivo de sus trabajos: incluya todas las propinas, aunque no las haya reportado al empleador.
	• **Frecuencia:** La Persona 1 debe elegir la frecuencia con la que él/ella recibe la cantidad indicada en el campo salarios/propinas: "Por hora", "Semanal", "Cada 2 semanas," "Dos veces al mes", "Mensual" o "Anual". Si a él/ella le pagan a través de un contrato único, puede seleccionar "anual".
	  o Cantidades que cambian cada semana: si la cantidad de ingresos cambia cada semana, indique la cantidad que la Persona 1 espera ganar en todo el mes o indique la cantidad promedio de horas que la Persona 1 está trabajando ahora.
	• **Cantidad promedio de horas trabajadas cada semana:** La Persona 1 debe indicar la cantidad de horas que él/ella trabaja generalmente en una semana. Incluya todos los trabajos, aunque sean de tiempo parcial o le paguen en efectivo. Debe enviar talonarios de cheque, formularios de impuestos (1040 o W-2) o cualquier otro comprobante de trabajo e

MAX TN 401 04/26/2016 000074 06/11/2016

	ingresos con el paquete. La Persona 1 no tiene que incluir las cantidades que un empleador deduce de su cheque de paga para guardería infantil, seguro médico, planes de jubilación ni las cantidades "no sujetas a impuestos." A veces se les llama "deducciones antes de los impuestos" (pre-tax deductions). El talonario de cheque debería indicar estas deducciones de forma individual. No incluya estas cantidades en la cantidad pagada que indicó. El talonario de cheque podría indicar "salarios federales imponibles" (federal taxable wages), lo que resta las cantidades antes de impuestos del salario bruto. Si esta cantidad se indica en el talonario de pago, utilícela para reportar lo que ganó. **¿Qué se puede utilizar como comprobante?** Debe enviar talonarios de cheque, formularios de impuestos (1040 o W-2 para 2015) o cualquier otro comprobante de trabajo e ingresos con el paquete. Si la Persona 1 envía talonarios de cheque, envíe las últimas 8 semanas contando desde el momento en que devuelva el Paquete de Renovación al Estado. Si la Persona 1 no tiene 8 semanas de comprobantes, envíe los que tenga. También puede usar extractos bancarios que muestran las cantidades de los depósitos, o cartas de un empleador como comprobante de ingresos si no tiene otros tipos de comprobantes.
Pregunta 30	La pregunta 30 se debe contestar si la Persona 1 tiene ingresos que gana a través del trabajo por cuenta propia. Esto se refiere a los ingresos netos que la Persona 1 gana de su propia actividad comercial o empresarial. Por ejemplo, los ingresos netos (ganancias) ganados de la venta de bienes o servicios prestados a otros cuentan como ingresos del trabajo por cuenta propia. Si la Persona 1 selecciona "Trabajo por mi cuenta", él/ella debe describir el tipo de trabajo realizado. No hay ningún formato especial – se requiere tan sólo una simple descripción del trabajo. Por ejemplo, si él/ella limpia casas, podría indicar "limpiar casas". Si él/ella hace joyería, podría indicar "fabricación de joyería". Si él/ella trabaja en proyectos de construcción, podría indicar "construcción". Para indicar los ingresos del trabajo por cuenta propia, la Persona 1 debe indicar una cantidad que incluya los ingresos netos o las pérdidas netas del trabajo por cuenta propia. Los ingresos netos son los ingresos brutos de cualquier comercio o negocio menos las deducciones permitidas para ese comercio o negocio. Las deducciones permitidas incluyen los gastos pagados para operar el negocio o participar en el comercio, entre ellos: • Gastos de automóvil y camioneta (para moverse durante el día de trabajo, no para ir y regresar del trabajo) • Depreciación • Salarios de los empleados e incentivos • Seguro de propiedad, responsabilidad o de interrupción del negocio • Los intereses de los préstamos para su negocio (incluyendo los intereses hipotecarios pagados a los bancos) • Servicios legales y profesionales • Alquiler o arrendamiento del local del negocio y servicios públicos

000247 42/54

MAX TN 401 04/26/2016 000075 06/11/2016

Dev: Crockett 123456

	• Comisiones, impuestos, licencias y cuotas • Publicidad • Mano de obra por contrato • Reparaciones y mantenimiento Estos ingresos se deben reportar y se deben incluir comprobantes de los ingresos al devolver el Paquete de Renovación. Esto puede incluir talonarios de cheque, formularios de impuestos (como el Anexo SE, Anexo C o F) o cualquier otro tipo de comprobante de las cantidades recibidas y la frecuencia con que se reciben.

Pregunta 31	La pregunta 31 debe incluir los ingresos no incluidos en la sección de trabajo actual del Paquete de Renovación. Pero no incluya manutención de los hijos, pagos de Veteranos ni Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
	
	Si no hay ingresos aparte de los ya indicados en la sección de trabajo actual, la Persona 1 debe responder "Nada". Si la Persona 1 tiene ingresos que no indicó en la sección de trabajo actual, la Persona 1 debe decirnos el tipo de ingresos recibidos y la cantidad por:
	• **Desempleo**
	  ○ La compensación por desempleo incluye cualquier cantidad recibida en virtud de una ley de compensación por desempleo de los Estados Unidos o de un estado. La Persona 1 debe incluir los beneficios por desempleo (incluidos los de un empleador o sindicato) como ingresos.
	• **Pensiones**
	  ○ Una pensión es un pago o una serie de pagos hechos a una persona después de que él/ella se retira del trabajo. En general, la cantidad de los ingresos de la distribución de una cuenta de pensión depende del tipo de cuenta de pensión, cuánto se ha contribuido a la cuenta de pensión y si ya se dedujeron impuestos de las cantidades aportadas. La Persona 1 no tiene que incluir una distribución calificada de una cuenta Roth designada como ingresos.
	• **Seguro Social**
	  ○ Esto se refiere a la cantidad que una persona recibe en beneficios del Seguro Social por incapacidad, jubilación (incluida la jubilación ferroviaria (RRB)) o de supervivencia de cada mes. Indique la cantidad total antes de cualquier deducción, como primas de Medicare, retención de impuestos, pagos en exceso, manutención infantil o pensión alimenticia. No incluya beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
	• **Cuentas de retiro**
	  ○ Un beneficio de retiro es un pago o una serie de pagos hechos a una persona después de que él/ella se retira del trabajo. En general, la cantidad de los ingresos de la distribución de una cuenta de retiro depende del tipo de cuenta de retiro, cuánto se ha contribuido a la cuenta de retiro y si ya se dedujeron impuestos de las cantidades aportadas. La Persona 1 no tiene que

Dery Crockett 123456

MAX TN 401 04/26/2016 000076 06/11/2016

incluir una distribución calificada de una cuenta Roth designada como ingresos.

- **Pensión alimenticia recibida**
  - La pensión alimenticia recibida es dinero que una persona recibe de un cónyuge con quien él/ella ya no vive o un ex cónyuge, si se paga como parte de un acuerdo de divorcio, un acuerdo de separación o una orden judicial. Los pagos designados en el acuerdo u ordenados como manutención de los hijos o como una liquidación de bienes no imponible no se consideran pensión alimenticia.
- **Ingresos netos de agricultura/pesca**
  Si esto ya se indicó en el Paquete de Renovación como ingresos de trabajo por cuenta propia, no se debe indicar otra vez.
  - Si la Persona 1 tiene ingresos procedentes de la agricultura o la pesca, él/ella puede incluirlos como ingresos bajo "agricultura/pesca" o "ingresos de trabajo por cuenta propia", pero sólo debe incluirlos una vez.

    Una persona está en el negocio de la agricultura si cultiva, opera, o administra una finca con fines de lucro, ya sea como propietario o inquilino. Una finca puede incluir ganado, productos lácteos, aves de corral, pescado o fruta. También puede incluir las plantaciones, ranchos, praderas y huertos. Los ingresos de la pesca incluyen las cantidades recibidas por la captura, extracción, recolección, cultivo o cría de peces, moluscos, crustáceos, esponjas, algas marinas u otras formas de vida acuática animal o vegetal, así como el dinero de dividendos de patrocinio y los créditos fiscales de combustible y reembolsos.
- **Ingresos netos de rentas/regalías**
  Si esto ya se indicó en el Paquete de Renovación como ingresos de trabajo por cuenta propia, no se debe indicar otra vez.
  - Los ingresos de alquiler se refieren a la cantidad que alguien paga para usar la propiedad de una persona después de que se deducen los gastos de la propiedad. Los ingresos por regalías incluyen todos los pagos recibidos de una patente, derechos de autor o propiedad de algún recurso natural.
- **Otros ingresos**
  Otros ingresos que no haya indicado en el Paquete de Renovación se pueden incluir aquí. La Persona 1 no tiene que incluir ingresos de manutención de los hijos, pagos de Veteranos ni Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Los ejemplos de otros ingresos pueden incluir:
  - Un pago único recibido este mes, como un bono o una indemnización. Indique la cantidad y la frecuencia con que se reciben los Otros ingresos. Si se trata de un pago único, es importante que indique que es un pago único.
  - Paga por servicio de jurado. Si a la Persona 1 le están pagando por el servicio de jurado, indique la cantidad que él/ella recibe, incluido el reembolso de transporte. Si el dinero por servir como

000247 43/54

MAX TN 401 04/26/2016 000077 06/11/2016

Dary Checkist 123456

	jurado se envía directamente al empleador de la Persona 1, no lo indique aquí. o Indemnizaciones de demandas Si la Persona 1 estuvo involucrada en una demanda y recibió dinero, el dinero podría estar sujeto a impuestos. Algunos ejemplos de dinero de demandas que no está sujeto a impuestos son las cantidades otorgadas por lesiones físicas o enfermedad y una cantidad recibida en concepto de indemnización por daños a la propiedad de la persona si el pago es inferior a la cantidad pagada por la propiedad. Los pagos para compensar a una persona por salarios perdidos o daños punitivos son ejemplos de indemnizaciones de demandas sujetas a impuestos. o Si un miembro del clero o de una orden religiosa selecciona Otros ingresos debe excluir la misma cantidad de ingresos excluidos en la declaración de impuestos federal. o Apoyo en efectivo. Esta es una opción si alguien que no es el padre o el cónyuge de la Persona 1 reclama a la Persona 1 como dependiente para fines de impuestos. Indique la cantidad de la ayuda en efectivo. Por ejemplo, si el contribuyente le da a la persona $200 al mes para ayudar a pagar la renta u otros gastos de la vida, incluya esa cantidad aquí. No incluya el apoyo no monetario que le proporciona el contribuyente, como el valor de alojamiento y comida o ropa comprada por el contribuyente. Solamente incluya el apoyo efectivo si la Persona 1 es dependiente fiscal de alguien que no sea uno de sus padres o su cónyuge. o Juegos de azahar, premios o reconocimientos: Esto incluye los premios de lotería. No incluye los premios que no están sujetos a impuestos, como la mayoría de las becas académicas.
Pregunta 32	Hay ciertos gastos que la Persona 1 puede utilizar para reducir sus ingresos brutos (llamados deducciones). Estos gastos son como los gastos o las deducciones permitidas por el IRS. La Persona 1 no tiene que ser un contribuyente de impuestos para recibir estas deducciones. La Persona 1 debe decirnos acerca de estas deducciones en la pregunta 32. Las deducciones ya deducidas de los ingresos por trabajo por cuenta propia no se deben reportar otra vez aquí. Si la Persona 1 tiene deducciones, él/ella debe indicarlas aquí: • **Manutención pagada:** La Persona 1 debe decirnos cuánto paga él/ella y con qué frecuencia. • **Intereses de préstamos estudiantiles:** La Persona 1 debe decirnos cuánto paga él/ella y con qué frecuencia. • **Otras deducciones:** La Persona 1 debe decirnos cuánto paga él/ella y con qué frecuencia. Algunos ejemplos de otras deducciones incluyen: o gastos como gastos de educadores para los maestros que compran útiles de su bolsillo,

MAX TN 401 04/26/2016 000078 06/11/2016

	o gastos de mudanza para trasladarse para vivir mucho más cerca de un trabajo, o contribuciones a una cuenta de retiro individual si la persona no tiene una cuenta de retiro a través de un trabajo o o los gastos de matriculación para la escuela, si los gastos los paga directamente de su bolsillo y los deduce en la declaración de impuestos. Los comprobantes de deducciones pueden incluir formularios de impuestos, órdenes judiciales, cheques cancelados, etc., y estos comprobantes se deben enviar con el Paquete de Renovación.

Recuerde, el Paso 2 del Paquete de Renovación se debe repetir para cada persona adicional en el hogar. Las instrucciones que se proporcionan a continuación son para la Persona 2 y cada miembro adicional de la familia que deba ser incluido.

Paso 2 Persona 2

Preguntas 1-4	La Persona 2 debe proporcionar información completa en las preguntas 1-4, que incluyen lo siguiente: • Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo (Jr., Sr., III) • Fecha de nacimiento • Sexo (Masculino/Femenino)
Pregunta 5	Se debe proporcionar el Número de Seguro Social (SSN) de la Persona 2 para ayudarnos a renovar la elegibilidad del miembro con mayor rapidez. Hay algunas excepciones para proporcionar un SSN, pero si la Persona 2 tiene un SSN, debe proporcionar esa información. Los individuos que no están haciendo la renovación no están obligados a proporcionar un SSN, pero es muy útil.
Pregunta 7	La Persona 2 debe decirnos si planea presentar una declaración de impuestos federal o si será incluida en los impuestos de otra persona la próxima vez que toquen impuestos, lo que significa que el próximo 15 de abril. La pregunta 7 no pregunta si la Persona 2 declaró impuestos en el pasado. La pregunta 7 pregunta si la Persona 2 será incluida en una declaración de impuestos que la Persona 2 o alguien de su familia planea presentar durante la **próxima** temporada de impuestos. Para esta pregunta, no importa si la Persona 2 tiene planeado presentar los impuestos a tiempo. 7, Si sí: Si la Persona 2 tiene planeado presentar los impuestos o será incluida en los impuestos de otra persona, la Persona 2 debe indicar a todos los dependientes fiscales que serán reclamados en la esa declaración. Debe proporcionar lo siguiente para cada dependiente: • Nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) 7, Si no: Si la Persona 2 no tiene planeado declarar impuestos, pero será reclamada como dependiente fiscal, la Persona 2 tiene que decirnos lo siguiente: • Nombre completo (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) de la persona (el contribuyente) que va a reclamar a la Persona 2; • La relación del contribuyente con la Persona 2 (hijo, cónyuge,

000247 44/54

MAX TN 401 04/26/2016 000079 06/11/2016

	etc.); • Si la Persona 2 vive con la persona (el contribuyente) que lo reclamará. Si la Persona 2 no está segura de los planes para presentar impuestos, la Persona 2 puede responder no a la pregunta 7. La Persona 2 no tiene que declarar impuestos ni ser reclamada como dependiente fiscal para ser renovada.
Pregunta 8	Si la Persona 2 está embarazada, también nos debe decir lo siguiente: • El número de bebés que espera; • La fecha de parto prevista.
Pregunta 9	¿La Persona 2 tiene cobertura de seguro médico con nosotros ahora? Cobertura de seguro médico con nosotros significa TennCare, CoverKids o un plan de ahorros de Medicare (Medicare Savings Plan) (ayuda facilitada por el estado para pagar sus primas de Medicare, como QMB o SLMB). Marque **SÍ** si la Persona 2 quiere ver si él/ella puede conservar la cobertura. ¿Y si el Paquete de Renovación se devuelve y se determina que la Persona 2 ya no es elegible para TennCare? Él o ella será considerado para CoverKids. Si la Persona 2 tiene cobertura de seguro médico con nosotros ahora, pero quiere **terminar** su cobertura marque **NO.** Si la Persona 2 dice que NO (la Persona 2 **no quiere conservar la cobertura), terminaremos** su actual cobertura de seguro médico. Le enviaremos una carta que dice cuándo termina su cobertura. **IMPORTANTE:** La Persona 2 debe decirnos qué tipo de cobertura él/ella quiere que se termine. La Persona 2 puede elegir su TennCare, CoverKids o Plan de Ahorros de Medicare (como QMB o SLMB). Encierre en un círculo la que la Persona 2 quiere terminar. Si la Persona 2 **no tiene** cobertura de seguro médico con nosotros ahora o no perdió la cobertura en los últimos 90 días por no enviar información al Estado, este Paquete de Renovación **no se puede utilizar para solicitarla.** Cobertura de seguro médico con nosotros significa TennCare, CoverKids o un Plan de Ahorros de Medicare (como QMB o SLMB). Para **solicitar** TennCare o CoverKids, visite healthcare.gov o llame al Mercado Federal Facilitado (Federally Facilitated Marketplace) al 1-800-318-2596. O una persona puede solicitar una nueva cobertura por correo. Visite https://marketplace.cms.gov/applications-and-forms/marketplace-consumer-application-family-spanish.pdf para imprimir una solicitud en papel. Envíela por correo a Health Insurance Marketplace Dept. of Health and Human Services 465 Industrial Blvd London, KY 40750-0001. **IMPORTANTE:** La Persona 2 debe pasar a la pregunta 10 **sólo si** él/ella respondió "sí" a la pregunta 9. Si la Persona 2 respondió "no" a la pregunta 9 y no tiene TennCare ahora, él/ella debe pasar a las preguntas sobre los ingresos en la página 6. ¿Por qué? Los ingresos de la Persona 2 afectarán la elegibilidad de los otros miembros de

MAX TN 401 04/26/2016 000080 06/11/2016

	la familia que fueron elegidos para la renovación.
Preguntas 10-14	Responder "sí" a cualquiera de estas preguntas significa que la Persona 2: • Necesita atención de convalecencia en una casa de convalecencia o en el hogar; • Tiene Medicare y quiere ayuda con los gastos de Medicare (Plan de Ahorros de Medicare, como QMB o SLMB); • Necesita atención para enfermos terminales (hospicio) en una casa de convalecencia; • Ha recibido SSI y Seguro Social en el mismo mes desde 1977, y todavía recibe Seguro Social; o • Está embarazada o es menor de 21 años de edad, – **y** tiene cuentas por atención médica en los últimos 3 meses (pagadas o no pagadas.) – **o** tiene cuentas médicas en el mes de la solicitud o pagó una factura médica pendiente durante el mes de la solicitud, independientemente de cuándo incurrió esa cuenta. Algunos de los tipos de cuentas que se pueden utilizar son los de las consultas con el doctor, hospitalizaciones, medicamentos, atención dental o de la vista, o audífonos. Si la Persona 2 contesta "sí" a cualquiera de estas preguntas, la Persona 2 debe enviar comprobante de sus recursos con el Paquete de Renovación. Los "recursos" son las cosas que son propiedad del miembro o de una persona en el hogar, como vehículos, cuentas bancarias, propiedad. IMPORTANTE: La Persona 2 que contesta "sí" a las preguntas 10-14 también debe llenar el Apéndice A con el Paquete de Renovación completado. Nos debe enviar el Paquete de Renovación y el Apéndice A para revisión.
Preguntas 15-16	La Persona 2 debe responder a las preguntas 15 y 16 en referencia a su estado de ciudadanía. ¿Qué sucede si la Persona 2 responde "no" a la pregunta 15 que pregunta si es ciudadano o nacional de los EE.UU., pero responde "sí" a la pregunta 16 para indicar que su categoría de inmigración es elegible? La Persona 2 debe proporcionar todos los números/identificaciones aplicables para asegurarse de que su categoría se pueda confirmar. Categoría de inmigración elegible significa que la Persona 2 tiene una categoría que le permite ser considerado para la cobertura de seguro médico. Por ejemplo, un residente legal permanente que sólo ha estado en el país con esa categoría durante 2 años no será elegible para TennCare. Pero alguien que ha estado en el país con esa categoría durante 5 años, podría ser evaluado para la cobertura de seguro médico. Los refugiados y asilados pueden ser considerados para la cobertura de seguro médico. Si usted ha tenido dos categorías diferentes de inmigración, asegúrese de decirnos.
Pregunta 17	Para la pregunta 17, si la Persona 2 está viviendo con un menor de 18 años y es la persona principal que lo cuida o está cuidando a una persona de 18 años de

000247 45/54

MAX TN 401 04/26/2016 000081 06/11/2016

	edad que todavía está en la escuela de tiempo completo, él/ella debe contestar "sí".
Pregunta 18	Si la Persona 2 tiene 22 años o menos de edad y es un estudiante de tiempo completo, él/ella debe contestar "sí" a la pregunta 18.
Pregunta 19	Si la Persona 2 salió de cuidado de crianza a los 18 años o más en Tennessee, él/ella debe contestar "sí" a la pregunta 19.
Pregunta 20	Si la Persona 2 es una mujer menor de 65 años que necesita o que actualmente está recibiendo tratamiento para cáncer de mama o de cuello del útero, ella debe contestar "sí" a la pregunta 20. Si la Persona 2 no ha sido sometida a un examen de detección de cáncer de mama o de cuello del útero, pero piensa que podría necesitar pruebas de detección, debería comunicarse con el Departamento de Salud: http://tn.gov/health/topic/localdepartments

Información sobre empleo e ingresos actuales de la Persona 2 (y cualquier otro miembro de la familia)

Se debe marcar la opción correcta para la Persona 2; "No tiene empleo", "Trabaja por su cuenta" o "Tiene empleo".

Preguntas 23-26	Si la Persona 2 tiene un empleo, debe completar las preguntas 23-26.
	• **Nombre, dirección y número de teléfono del empleador:** Escriba la información del lugar actual donde la Persona 2 trabaja.
	• **Salarios/propinas (antes de impuestos):** Esta será la cantidad indicada en los talonarios de cheque de la Persona 2 antes de restar los impuestos y con las propinas sumadas al total.
	  o Propinas y otros ingresos en efectivo de sus trabajos: incluya todas las propinas, aunque no las haya reportado al empleador.
	• **Frecuencia:** La Persona 2 debe elegir la frecuencia con la que él/ella recibe la cantidad indicada en el campo salarios/propinas: "Por hora", "Semanal", "Cada 2 semanas," "Dos veces al mes", "Mensual" o "Anual". Si a él/ella le pagan a través de un contrato único, puede seleccionar "anual".
	  o Cantidades que cambian cada semana: si la cantidad de ingresos cambia cada semana, indique la cantidad que la Persona 2 espera ganar en todo el mes o indique la cantidad promedio de horas que la Persona 2 está trabajando ahora.
	• **Cantidad promedio de horas trabajadas cada semana:** La Persona 2 debe indicar la cantidad de horas que trabaja generalmente en una semana. Incluya todos los trabajos, aunque sean de tiempo parcial o le paguen en efectivo. Debe enviar talonarios de cheque, formularios de impuestos (1040 o W-2) o cualquier otro comprobante de trabajo e ingresos con el paquete.
	La Persona 2 no tiene que incluir las cantidades que un empleador deduce de su cheque de paga para guardería infantil, seguro médico, planes de jubilación ni las cantidades "no sujetas a impuestos." A veces se les llama "deducciones antes de los impuestos" (pre-tax deductions).

MAX TN 401 04/26/2016 000082 06/11/2016

	El talonario de cheque debería indicar estas deducciones de forma individual. No incluya estas cantidades en la cantidad pagada que indicó. El talonario de cheque podría indicar "salarios federales imponibles" (federal taxable wages), lo que resta las cantidades antes de impuestos del salario bruto. Si esta cantidad se indica en el talonario de pago, utilícela para reportar lo que ganó. **¿Qué se puede utilizar como comprobante?** Debe enviar talonarios de cheque, formularios de impuestos (1040 o W-2 para 2015) o cualquier otro comprobante de trabajo e ingresos con el paquete. Si la Persona 2 envía talonarios de cheque, envíe las últimas 8 semanas contando desde el momento en que devuelva el Paquete de Renovación al Estado. Si la Persona 2 no tiene 8 semanas de comprobantes, envíe los que tenga. También puede usar extractos bancarios que muestran las cantidades de los depósitos, o cartas de un empleador como comprobante de ingresos si no tiene otros tipos de comprobantes.

Preguntas 27-30	Si la Persona 2 tiene dos trabajos, las preguntas 27-30 también se tienen que completar:
	• **Nombre, dirección y número de teléfono del empleador:** Escriba la información del lugar actual donde la Persona 2 trabaja.
	• **Salarios/propinas (antes de impuestos):** Esta será la cantidad indicada en los talonarios de cheque de la Persona 2 antes de restar los impuestos y con las propinas sumadas al total.
	  o Propinas y otros ingresos en efectivo de sus trabajos: incluya todas las propinas, aunque no las haya reportado al empleador.
	• **Frecuencia:** La Persona 2 debe elegir la frecuencia con la que él/ella recibe la cantidad indicada en el campo salarios/propinas: "Por hora", "Semanal", "Cada 2 semanas," "Dos veces al mes", "Mensual" o "Anual". Si a él/ella le pagan a través de un contrato único, puede seleccionar "anual".
	  o Cantidades que cambian cada semana: si la cantidad de ingresos cambia cada semana, indique la cantidad que la Persona 2 espera ganar en todo el mes o indique la cantidad promedio de horas que la Persona 2 está trabajando ahora.
	• **Cantidad promedio de horas trabajadas cada semana:** La Persona 2 debe indicar la cantidad de horas que él/ella trabaja generalmente en una semana. Incluya todos los trabajos, aunque sean de tiempo parcial o le paguen en efectivo. Debe enviar talonarios de cheque, formularios de impuestos (1040 o W-2) o cualquier otro comprobante de trabajo e ingresos con el paquete.
	
	La Persona 2 no tiene que incluir las cantidades que un empleador deduce de su cheque de paga para guardería infantil, seguro médico, planes de jubilación ni las cantidades "no sujetas a impuestos." A veces se les llama "deducciones antes de los impuestos" (pre-tax deductions).
	
	El talonario de cheque debería indicar estas deducciones de forma individual. No incluya estas cantidades en la cantidad pagada que indicó. El talonario de cheque podría indicar "salarios federales imponibles" (federal taxable wages), lo que resta las cantidades antes de impuestos del salario bruto. Si esta cantidad

000247 46/54

MAX TN 401 04/26/2016 000083 06/11/2016

Dany Crockett 123456

	se indica en el talonario de pago, utilícela para reportar lo que ganó. **¿Qué se puede utilizar como comprobante?** Debe enviar talonarios de cheque, formularios de impuestos (1040 o W-2 para 2015) o cualquier otro comprobante de trabajo e ingresos con el paquete. Si la Persona 2 envía talonarios de cheque, envíe las últimas 8 semanas contando desde el momento en que devuelva el Paquete de Renovación al Estado. Si la Persona 2 no tiene 8 semanas de comprobantes, envíe los que tenga. También puede usar extractos bancarios que muestran las cantidades de los depósitos, o cartas de un empleador como comprobante de ingresos si no tiene otros tipos de comprobantes.
Pregunta 31	La pregunta 31 se debe contestar si la Persona 2 tiene ingresos que gana a través del trabajo por cuenta propia. Este se refiere a los ingresos netos que la Persona 2 gana de su propia actividad comercial o empresarial. Por ejemplo, los ingresos netos (ganancias) ganados de la venta de bienes o servicios prestados a otros cuentan como ingresos del trabajo por cuenta propia. Si la Persona 2 selecciona "Trabajo por mi cuenta", él/ella debe describir el tipo de trabajo realizado. No hay ningún formato especial – se requiere tan sólo una simple descripción del trabajo. Por ejemplo, si él/ella limpia casas, podría indicar "limpiar casas". Si él/ella hace joyería, podría indicar "fabricación de joyería". Si él/ella trabaja en proyectos de construcción, podría indicar "construcción". Para indicar los ingresos del trabajo por cuenta propia, la Persona 2 debe indicar una cantidad que incluya los ingresos netos o las pérdidas netas del trabajo por cuenta propia. Los ingresos netos son los ingresos brutos de cualquier comercio o negocio menos las deducciones permitidas para ese comercio o negocio. Las deducciones permitidas incluyen los gastos pagados para operar el negocio o participar en el comercio, entre ellos: • Gastos de automóvil y camioneta (para moverse durante el día de trabajo, no para ir y regresar del trabajo) • Depreciación • Salarios de los empleados e incentivos • Seguro de propiedad, responsabilidad o de interrupción del negocio • Los intereses de los préstamos para su negocio (incluyendo los intereses hipotecarios pagados a los bancos) • Servicios legales y profesionales • Alquiler o arrendamiento del local del negocio y servicios públicos • Comisiones, impuestos, licencias y cuotas • Publicidad • Mano de obra por contrato • Reparaciones y mantenimiento Estos ingresos se deben reportar y se deben incluir comprobantes de los ingresos al devolver el Paquete de Renovación. Esto puede incluir talonarios de cheque, formularios de impuestos (como el Anexo SE, Anexo C o F) o cualquier otro tipo de comprobante de las cantidades recibidas y la frecuencia con que se reciben.

MAX TN 401 04/26/2016 000084 06/11/2016

Pregunta 32	La pregunta 32 debe incluir los ingresos no incluidos en la sección de trabajo actual del Paquete de Renovación. Pero no incluya manutención de los hijos, pagos de Veteranos ni Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
	
	Si no hay ingresos aparte de los ya indicados en la sección de trabajo actual, la Persona 2 debe responder "Nada". Si la Persona 2 tiene ingresos que no indicó en la sección de trabajo actual, la Persona 2 debe decirnos el tipo de ingresos recibidos y la cantidad por:
	• **Desempleo**
	  o La compensación por desempleo incluye cualquier cantidad recibida en virtud de una ley de compensación por desempleo de los Estados Unidos o de un estado. La Persona 2 debe incluir los beneficios por desempleo (incluidos los de un empleador o sindicato) como ingresos.
	• **Pensiones**
	  o Una pensión es un pago o una serie de pagos hechos a una persona después de que él/ella se retira del trabajo. En general, la cantidad de los ingresos de la distribución de una cuenta de pensión depende del tipo de cuenta de pensión, cuánto se ha contribuido a la cuenta de pensión y si ya se dedujeron impuestos de las cantidades aportadas. La Persona 2 no tiene que incluir una distribución calificada de una cuenta Roth designada como ingresos.
	• **Seguro Social**
	  o Esto se refiere a la cantidad que una persona recibe en beneficios del Seguro Social por incapacidad, jubilación (incluida la jubilación ferroviaria (RRB)) o de supervivencia de cada mes. Indique la cantidad total antes de cualquier deducción, como primas de Medicare, retención de impuestos, pagos en exceso, manutención infantil o pensión alimenticia. No incluya beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
	• **Cuentas de retiro**
	  o Un beneficio de retiro es un pago o una serie de pagos hechos a una persona después de que él/ella se retira del trabajo. En general, la cantidad de los ingresos de la distribución de una cuenta de retiro depende del tipo de cuenta de retiro, cuánto se ha contribuido a la cuenta de retiro y si ya se dedujeron impuestos de las cantidades aportadas. La Persona 2 no tiene que incluir una distribución calificada de una cuenta Roth designada como ingresos.
	• **Pensión alimenticia recibida**
	  o La pensión alimenticia recibida es dinero que una persona recibe de un cónyuge con quien él/ella ya no vive o un ex cónyuge, si se paga como parte de un acuerdo de divorcio, un acuerdo de separación o una orden judicial. Los pagos designados en el acuerdo u ordenados como manutención de los hijos o como una liquidación de bienes no imponible no se consideran pensión

000247 47/54

MAX TN 401 04/26/2016 000085 06/11/2016

Dary Crockett 12456

alimenticia.

- **Ingresos netos de agricultura/pesca**
  Si esto ya se indicó en el Paquete de Renovación como ingresos de trabajo por cuenta propia, no se debe indicar otra vez.
  - Si la Persona 2 tiene ingresos procedentes de la agricultura o la pesca, él/ella puede incluirlos como ingresos bajo "agricultura/pesca" o "ingresos de trabajo por cuenta propia", pero sólo debe incluirlos una vez.

    Una persona está en el negocio de la agricultura si cultiva, opera, o administra una finca con fines de lucro, ya sea como propietario o inquilino. Una finca puede incluir ganado, productos lácteos, aves de corral, pescado o fruta. También puede incluir las plantaciones, ranchos, praderas y huertos. Los ingresos de la pesca incluyen las cantidades recibidas por la captura, extracción, recolección, cultivo o cría de peces, moluscos, crustáceos, esponjas, algas marinas u otras formas de vida acuática animal o vegetal, así como el dinero de dividendos de patrocinio y los créditos fiscales de combustible y reembolsos.
- **Ingresos netos de rentas/regalías**
  Si esto ya se indicó en el Paquete de Renovación como ingresos de trabajo por cuenta propia, no se debe indicar otra vez.
  - Los ingresos de alquiler se refieren a la cantidad que alguien paga para usar la propiedad de una persona después de que se deducen los gastos de la propiedad. Los ingresos por regalías incluyen todos los pagos recibidos de una patente, derechos de autor o propiedad de algún recurso natural.
- **Otros ingresos**
  Otros ingresos que no haya indicado en el Paquete de Renovación se pueden incluir aquí. La Persona 2 no tiene que incluir ingresos de manutención de los hijos, pagos de Veteranos ni Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Los ejemplos de otros ingresos pueden incluir:
  - Un pago único recibido este mes, como un bono o una indemnización. Indique la cantidad y la frecuencia con que se reciben los Otros ingresos. Si se trata de un pago único, es importante que indique que es un pago único.
  - Paga por servicio de jurado. Si a la Persona 2 le están pagando por el servicio de jurado, indique la cantidad que él/ella recibe, incluido el reembolso de transporte. Si el dinero por servir como jurado se envía directamente al empleador de la Persona 2, no lo indique aquí.
  - Indemnizaciones de demandas Si la Persona 2 estuvo involucrada en una demanda y recibió dinero, el dinero podría estar sujeto a impuestos. Algunos ejemplos de dinero de demandas que no está sujeto a impuestos son las cantidades otorgadas por lesiones físicas o enfermedad y una cantidad recibida en concepto de indemnización por daños a la propiedad

MAX TN 401 04/26/2016 000086 06/11/2016

	de la persona si el pago es inferior a la cantidad pagada por la propiedad. Los pagos para compensar a una persona por salarios perdidos o daños punitivos son ejemplos de indemnizaciones de demandas sujetas a impuestos. o Si un miembro del clero o de una orden religiosa selecciona Otros ingresos debe excluir la misma cantidad de ingresos excluidos en la declaración de impuestos federal. o Apoyo en efectivo. Esta es una opción si alguien que no es el padre o el cónyuge de la Persona 2 reclama a la Persona 2 como dependiente para fines de impuestos. Indique la cantidad de la ayuda en efectivo. Por ejemplo, si el contribuyente le da a la persona $200 al mes para ayudar a pagar la renta u otros gastos de la vida, incluya esa cantidad aquí. No incluya el apoyo no monetario que le proporciona el contribuyente, como el valor de alojamiento y comida o ropa comprada por el contribuyente. Solamente incluya el apoyo efectivo si la Persona 2 es dependiente fiscal de alguien que no sea uno de sus padres o su cónyuge. o Juegos de azahar, premios o reconocimientos: Esto incluye los premios de lotería. No incluye los premios que no están sujetos a impuestos, como la mayoría de las becas académicas.
Pregunta 33	Hay ciertos gastos que la Persona 2 puede utilizar para reducir sus ingresos brutos (llamados deducciones). Estos gastos son como los gastos o las deducciones permitidas por el IRS. La Persona 2 no tiene que ser un contribuyente de impuestos para recibir estas deducciones. La Persona 2 debe decirnos acerca de estas deducciones en la pregunta 33. Las deducciones ya deducidas de los ingresos por trabajo por cuenta propia no se deben reportar otra vez aquí. Si la Persona 2 tiene deducciones, él/ella debe indicarlas aquí: • **Manutención pagada:** La Persona 2 debe decirnos cuánto paga él/ella y con qué frecuencia. • **Intereses de préstamos estudiantiles:** La Persona 2 debe decirnos cuánto paga él/ella y con qué frecuencia. • **Otras deducciones:** La Persona 2 debe decirnos cuánto paga él/ella y con qué frecuencia. Algunos ejemplos de otras deducciones incluyen: o gastos como gastos de educadores para los maestros que compran útiles de su bolsillo, o gastos de mudanza para trasladarse para vivir mucho más cerca de un trabajo, o contribuciones a una cuenta de retiro individual si la persona no tiene una cuenta de retiro a través de un trabajo o o los gastos de matriculación para la escuela, si los gastos los paga directamente de su bolsillo y los deduce en la declaración de impuestos. Los comprobantes de deducciones pueden incluir formularios de impuestos,

000247 48/54

MAX TN 401 04/26/2016 000087 06/11/2016

	órdenes judiciales, cheques cancelados, etc., y estos comprobantes se deben enviar con el Paquete de Renovación.

Paso 3

Esta sección se debe completar para cualquier miembro del hogar que tiene cobertura de seguro médico **que no sea** TennCare o CoverKids.

Pregunta 1	Si alguien en el hogar tiene cobertura de seguro médico a través de:
	• Medicare
	  o Indique los nombres de los miembros del hogar que tienen esta cobertura.
	• TRICARE
	  o Indique los nombres de los miembros del hogar que tienen esta cobertura.
	  o No se debe marcar si el TRICARE del miembro del hogar es atención médica directa o Line of Duty.
	• Programas de seguro médico de la Administración de Veteranos
	• Cuerpo de Paz
	• Seguro del empleador
	  o Indique los nombres de los miembros del hogar que tienen esta cobertura.
	  o Indique el nombre de la aseguradora
	  o Indique el número de póliza
	  o Especifique si la cobertura es COBRA o un plan de seguro médico para jubilados
	• Otro. Si la persona tiene una cobertura que no sea de las mencionadas anteriormente indíquela aquí.
	  o Indique los nombres de los miembros del hogar que tienen esta cobertura
	  o Indique el nombre de la aseguradora
	  o Indique el número de póliza
	  o Especifique si la cobertura es un plan de beneficios limitados, como una póliza contra accidentes escolares

Pregunta 2	Si se indica otra cobertura de seguro médico en la pregunta 1 del paso 3, díganos si ofrece prestaciones de maternidad para la atención médica del embarazo.
Pregunta 3	¿Hay alguna persona en la solicitud a quien le ofrecen la cobertura de seguro médico en un trabajo? Si es así, díganos quién. Esto incluye la cobertura ofrecida a través del trabajo de otra persona, como uno de sus padres o su cónyuge. Ejemplo: Si al padre le ofrecen cobertura de seguro médico en su trabajo e incluye la cobertura familiar, responda sí a esta pregunta. Díganos el nombre del niño y el nombre del padre.

Paso 4

La ley federal prohíbe la divulgación del caso de una persona con un tercero, a menos que la persona haya dado su consentimiento por escrito, o menos que la persona esté presente y dé su consentimiento verbal para la divulgación. Esta sección se debe completar si la Persona 1 quiere darle a alguien permiso para:

- Hablar acerca de este Paquete de Renovación y la atención médica de la Persona 1 con nosotros;
- Ver la información de la Persona 1;
- Actuar sobre asuntos relacionados con este Paquete de Renovación y la cobertura de seguro médico de la Persona 1 (incluida la obtención de información sobre el Paquete de Renovación); y
- Firmar el Paquete de Renovación en nombre de la Persona 1 (el miembro).

Un miembro de TennCare/CoverKids puede cambiar en cualquier momento a su representante autorizado. Llame a Tennessee Health Connection al 1-855-259-0701 para cambiar un representante autorizado.

000247 49/54

Paso 5

El paso 5 consiste en varias partes.

En primer lugar, explica los derechos y obligaciones de los miembros de TennCare/CoverKids, tales como:

- El requisito de proporcionar respuestas verídicas;
- El requisito de informarnos de cambios en un plazo de 10 días. Los cambios se deben reportar llamando a Tennessee Health Connection al 1-855-259-0701. (Es muy importante que el miembro nos notifique rápidamente de cualquier cambio de dirección);
- La prohibición de la discriminación sobre la base de raza, color de la piel, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Si un miembro piensa que ha sido tratado injustamente, el miembro puede llamar al 1-855-259-0701.
- El requisito de ceder cualquier pago médico o de seguro médico recibido de una aseguradora u otra empresa, si el miembro es aprobado otra vez.
- El requisito de ayudar a la Oficina de Investigación de Tennessee (Tennessee Bureau of Investigation), Oficina del Inspector General (Office of Inspector General) u otra agencia a investigar el fraude y abuso contra TennCare.
- El derecho del Estado de recuperar dinero del patrimonio de un miembro cuando el miembro fallece si el Estado pagó gastos médicos o atención médica en una casa de convalecencia.
- La prohibición de permitir que otra persona utilice la tarjeta de TennCare de un miembro.
- El requisito de proporcionar un Número de Seguro Social (SSN), cuando el miembro tiene un SSN, con el Paquete de Renovación.
- El derecho de TennCare/CoverKids de requerir que un cónyuge o padre contribuya para los gastos médicos.

En segundo lugar, pide el nombre de toda persona que aparece en el Paquete de Renovación que está actualmente encarcelada (en la cárcel o prisión). Si una persona está en la cárcel o prisión, esto no significa que él/ella no sea elegible para TennCare por estar en la cárcel o prisión. Es posible que la persona pueda conservar TennCare si satisface otras reglas de elegibilidad.

123456 Dary Crockett

MAX TN 401 04/26/2016 000089 06/11/2016

¿Por qué pedimos esta información? Podría determinar si la persona que está en la cárcel o prisión se incluye con otros miembros de la familia que figuran en el Paquete de Renovación. Si ninguna persona indicada en el Paquete de Renovación está en la cárcel o prisión, esto debe dejarse en blanco.

En tercer lugar, preguntamos si uno de los padres de cualquier niño indicado en la solicitud no vive en la casa. Asegúrese de marcar Sí o No.

En cuarto lugar, avisa sobre los derechos de apelación. Si usted piensa que una decisión sobre la cobertura de TennCare o CoverKids es incorrecta, puede presentar una apelación llamando a Tennessee Health Connection al 1-855-259-0701.

Por último, la Persona 1 (o un representante legal o representante autorizado) debe **firmar** el Paquete de Renovación. Firme en el recuadro que dice **"Firma"**. ¿Qué sucedería si nos envía el Paquete de Renovación pero no está firmado? No podremos procesar el Paquete de Renovación. Enviaremos una carta solicitando una firma antes de poder procesar el Paquete de Renovación.

Paso 6

Todos los documentos deben ser enviados a TennCare antes de la fecha de vencimiento indicada en la carta que acompaña al Paquete de Renovación. Ese identificador de la carta (en la esquina superior izquierda) es TN 401 o TN 401a. Asegúrese de enviar el Paquete de Renovación y los comprobantes (por ejemplo, comprobantes de ingresos) y el Apéndice A y/o B (si lo llenó).

Hay 2 maneras de enviarlo:

Por correo postal: **Tennessee Health Connection**
P.O. Box 20201
Nashville, TN 37202-0201

Por fax: **1-877-430-0843**

¿Qué sucederá si el Paquete de Renovación no se devuelve antes de la fecha de vencimiento? El miembro podría perder la cobertura de seguro médico con nosotros. El envío de la documentación o comprobantes que necesitamos para decidir si usted puede conservar su cobertura podría ayudarnos a tramitar el Paquete de Renovación más rápido.

¿Alguna persona necesita ayuda en otro idioma? Llame al 1-855-259-0701 y díganos el idioma. Si alguien tiene un problema de audición o del habla y usa una máquina TTY, llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701 y elija la opción 4.

Apéndice A

El Apéndice A se debe utilizar solamente para los miembros que:

- tienen TennCare/CoverKids ahora y quieren conservar la cobertura.
- **y** sólo si la Persona 1 respondió "sí" a por lo menos una de las preguntas 9-13 **o** la Persona 2 (u otros miembros de la familia incluidos que tienen TennCare) respondió "sí" a por lo menos una de las preguntas 10-14.

La palabra "miembro" se utiliza a lo largo de las instrucciones a continuación como un recordatorio de que sólo una persona que tiene TennCare/CoverKids **ahora** puede utilizar el Apéndice A. No se puede utilizar para alguien que no tiene TennCare/CoverKids ahora.

Los miembros deben responder a las preguntas del Apéndice A si alguna de las siguientes circunstancias corresponde a su caso:	Cuenta con recursos adicionales
El miembro vive en un centro médico o en una casa de convalecencia o necesita atención de convalecencia en una casa de convalecencia o en el hogar;	o Los miembros que ya están en el programa CHOICES y que necesitan ayuda con el Paquete de Renovación deben comunicarse con su Coordinador de Atención Médica del plan de seguro médico de TennCare (MCO). Si el miembro no sabe quién es o cómo comunicarse con él o ella, llame al plan de seguro médico del miembro. El número se indica al reverso de la tarjeta de TennCare. El miembro debe pedir hablar con su Coordinador de Atención Médica de CHOICES para pedir ayuda con el Paquete de Renovación de TennCare. o Si el miembro vive en una casa de convalecencia, pero actualmente no está en CHOICES, el miembro debe llamar a la Agencia Local para la Senectud y Discapacidades (Area Agency on Aging and Disability, AAAD) al 1-866-836-6678. Pídale a AAAD ayuda con el Paquete de Renovación de TennCare. El miembro también puede pedirle a la casa de convalecencia ayuda con el Paquete de Renovación. o Si el miembro no está en una casa de convalecencia, pero necesita atención médica en una casa de convalecencia o en el hogar (Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (Home and Community Based Services, HCBS)), llame a la Agencia Local para la Senectud e Discapacidades al 1-866-836 -6678. El miembro debe pedir ayuda con el Paquete de Renovación de TennCare y decir que quiere solicitar atención en una casa de convalecencia. o Si el miembro está recibiendo HCBS en un PACE o necesita HCBS en un PACE, llame directamente al administrador de casos del PACE. O llame a PACE al 1-423-495-9114. PACE es la sigla en inglés de Programa para la Atención Médica Integral. PACE es un programa de atención diurna para adultos basado en la comunidad cuyo propósito es servir a los ancianos frágiles que son residentes del Condado de Hamilton. o Si el miembro está recibiendo HCBS a través de las exenciones Comprehensive Aggregate Cap (CAC), Statewide o Self-Determination para

000247 50/54

MAX TN 401 04/26/2016 000091 06/11/2016

Dany Crockett 123456

	personas con discapacidad intelectual, llame al ISC o, si el miembro está en la exención Self-Determination, llame a su administrador de casos del Departamento de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (Department of Intellectual and Developmental Disabilities, DIDD). O puede llamar al DIDD al siguiente número: • Si el miembro vive en el oeste de Tennessee, llame al 1-866-372-5709 • Si el miembro vive en el centro de Tennessee, llame al 1-800-654-4839 • Si el miembro vive en el este de Tennessee, llame al 1-888-531-9876 o Si el miembro necesita HCBS en una exención para las personas con discapacidad intelectual, pero actualmente no está recibiendo la atención, llame al Departamento de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (DIDD). • Si el miembro vive en el oeste de Tennessee, llame al 1-866-372-5709 • Si el miembro vive en el centro de Tennessee, llame al 1-800-654-4839 • Si el miembro vive en el este de Tennessee, llame al 1-888-531-9876 • Si la persona vive en un ICF/IID, la persona puede pedirle al ICF/IID ayuda con el Paquete de Renovación de TennCare.
El miembro tiene Medicare y quiere ayudar con los costos compartidos de Medicare (co-pagos y deducibles de Medicare).	• Llame al Programa de Asistencia con el Seguro Médico Estatal (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) al **1-877-801-0044.** Dígales que necesita ayuda con su Paquete de Renovación de TennCare y que desea obtener ayuda o conservar su ayuda con el pago de los costos compartidos de Medicare (QMB o SLMB).
El miembro necesita atención para enfermos terminales (hospicio).	• Llame al plan de seguro médico de TennCare (MCO) del miembro. El número se indica al reverso de la tarjeta de TennCare del miembro. Dígales que necesita ayuda con su Paquete de Renovación de TennCare y que necesita o ya recibe cuidados paliativos/de hospicio.
El miembro ha recibido SSI y Seguro Social en el mismo mes por lo menos una vez desde 1977, y todavía recibe Seguro Social	(Complete el Apéndice A)
¿El miembro es una mujer embarazada o es menor de 21 años de edad? Y el miembro o alguna otra persona del hogar ha recibido	(Complete el Apéndice A)

MAX TN 401 04/26/2016 000092 06/11/2016

atención médica o medicina en los últimos 3 meses y tiene cuentas (pagadas o no pagadas) relacionadas con esa atención médica o medicina? O, ¿el miembro ha pagado alguna cuenta médica este mes (sin importar su antigüedad)? Si el miembro responde sí a esta pregunta y no ha contestado sí a otras preguntas del Apéndice A, solamente se deben completar la Parte 1 y la Parte 5 del Apéndice A.	
El miembro está recibiendo pagos del Seguro Social	(Complete el Apéndice A)

Parte 1

El nombre y Número de Seguro Social (SSN) del miembro que necesita para completar el Apéndice A se deben indicar aquí. Si otros miembros deben completar el Apéndice A, se debe sacar una copia y llenarla para cada persona.

Parte 2

El miembro debe responder **sí** o **no** a lo siguiente:

- Si necesita el tipo de atención que se presta en una casa de convalecencia, pero quiere recibir la atención en el hogar;
- Si necesita el tipo de atención que se presta en un Centro de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/IID), pero en su lugar quiere recibir la atención en el hogar.
    - ¿Padece el miembro una discapacidad intelectual (coeficiente intelectual de 70 o menos) que comenzó antes de los 18 años de edad?
- Si el miembro tiene cónyuge y él o ella no vive en el hogar, indique a TennCare el nombre del cónyuge y por qué la persona no vive en el hogar.
- Si el miembro actualmente está recibiendo atención en una casa de convalecencia.
    - Si es así, el nombre de la casa de convalecencia y la fecha en que comenzó a recibir atención en una casa de convalecencia.

Parte 3

El miembro debe responder **sí** o **no** a lo siguiente:

- ¿El miembro recibe un cheque del Seguro Social <u>ahora</u> y también recibió un cheque del Seguro Social en 1972?
- ¿El miembro perdió Medicare después de regresar al trabajo porque él/ella comenzó a ganar dinero que supera el límite de ingresos del Seguro Social?

El miembro que está presentando la solicitud, su cónyuge, hijo discapacitado adulto, padre o madre que vive en el hogar debe decirnos acerca de cualquiera de los siguientes tipos de ingresos que él/ella recibe. **Y** enviar un comprobante de los ingresos:

- Dinero de amigos o parientes
- Pagos de manutención de los hijos
- Pagos por desempleo de otro estado

000247 51/54

MAX TN 401 04/26/2016 000093 06/11/2016

- Beneficios de veteranos
- Compensación del trabajador
- Intereses/dividendos/regalías
  - Una persona podría recibir este tipo de ingresos si tiene una cuenta corriente, cuenta de ahorros, certificados de depósito, etc.
- Ingresos por alquiler
- SSI. El miembro no tiene que proporcionar un comprobante de ingresos de SSI. TennCare puede conseguir ese comprobante.
- Otro. El miembro debe informarnos de otros tipos de ingresos recibidos. Los ejemplos incluyen (entre otros):
  - Pagos de pensión alimenticia
  - Pensiones
  - Indemnización por cese de trabajo

El miembro también nos debe decir:

- El nombre de la persona que recibe los ingresos;
- El tipo de ingresos;
- Cuánto recibe la persona;
- Quién paga; y
- El número de teléfono de la persona que paga los ingresos

Parte 4

El miembro debe decirle a TennCare sobre cualquier pago hecho por concepto de guardería o para el cuidado de un adulto discapacitado. Se debe proporcionar un comprobante, firmado por la persona que proporciona el cuidado, con el Paquete de Renovación. El comprobante debe decir cuánto se paga y con qué frecuencia.	El miembro debe decirle a TennCare: • Quién recibe el cuidado; • Quién paga por el cuidado; • El costo del cuidado; • ¿Con qué frecuencia se paga el cuidado; y • El nombre y número de teléfono de la persona que cuida.
El miembro también debe decirle a TennCare de los gastos y proporcionar un comprobante que indique cuánto paga el miembro.	Los ejemplos de gastos incluyen: • Pagos de manutención de los hijos ordenados por un tribunal; • Pensión alimenticia obligatoria por orden judicial; y • Gastos de trabajo de las personas ciegas/discapacitadas.

Parte 5

El miembro debe completar la Parte 5 para los recursos de las personas que viven en el hogar. El miembro debe decirnos cuánto vale el recurso, cualquier cantidad que aún se debe y debe proporcionar comprobante del recurso. Los ejemplos de comprobantes se indican en el Paquete de Renovación con cada recurso nombrado. Si el miembro es dueño de un recurso que no esté especificado en el paquete, debe indicarse bajo Otro. Otros recursos que no figuran en el Paquete de Renovación puede incluir (entre otros):

- Equipos agrícolas;
- Ganado; y
- Equipo utilizado para el trabajo por cuenta propia.

Parte 6

El miembro debe completar la Parte 6 si el miembro recibe atención en una casa de convalecencia, quiere recibir atención en una casa de convalecencia o quiere recibir atención de convalecencia en el hogar (HCBS).

El miembro debe decirle a TennCare sobre los recursos (cosas que son propiedad del miembro) que le haya regalado a otra persona en los últimos 60 meses (5 años).	Tipos de recursos incluye los tipos de recursos indicados en la Parte 5 (entre otros): • Propiedad • Coches y camiones • Motocicletas y embarcaciones • Vehículos recreativos y campistas • Fideicomisos • Certificados de ahorro o CD • Contratos de entierro • Lotes de cementerio
El miembro también debe decirle a TennCare sobre cualquier persona del hogar que haya recibido una suma de dinero en los últimos 12 meses (1 año). El miembro debe incluir la cantidad recibida, la procedencia del dinero y debe enviar un comprobante.	Los tipos de sumas de dinero incluyen (entre otros): • Pago del seguro • Premios de la lotería • Pago retroactivo del Seguro Social

Apéndice B

El Apéndice B se debe completar si el miembro de TennCare o un miembro de la familia es indio nativo estadounidense o nativo de Alaska y quiere recibir la mayor ayuda posible. Los indios nativos estadounidenses y los nativos de Alaska pueden recibir servicios de Servicios de Salud para Indígenas (Indian Health Services), de los programas de salud tribales o de los programas de salud para indígenas urbanos. También es posible no tengan que pagar los costos compartidos y podrían tener períodos de inscripción mensuales especiales. **Se pueden sacar copias del Apéndice B si es necesario incluir a más personas.** El Apéndice B debe incluirse al devolver el Paquete de Renovación.

RECUERDE: Todos los documentos, los cuales deben incluir el Paquete de Renovación y los comprobantes, junto con el Apéndice A y/o B (si se completó), deben ser devueltos a TennCare antes de la fecha de vencimiento indicada en la carta del Paquete de Renovación del miembro. El identificador de la carta (en la esquina superior izquierda) es TN 401 o TN 401a.

Hay 2 maneras de enviarnos los documentos:

Por correo postal: Tennessee Health Connection
P.O. Box 20201
Nashville, TN 37202-0201

Por fax: 1-877-430-0843

Do You Need Special Help?

Here are numbers you can call. All of these numbers are free calls.

Versión en español atrás

Do you have questions? Or do you need help because you have a health, mental health, or learning problem or a disability? If you need any help with TennCare, call the **Tennessee Health Connection.** Their number is **1-855-259-0701.**

You can call them if you need to:

- **Apply** for TennCare.
- **Report a change** like a new address or change in jobs or income.
- **Ask a question.**
- **File an appeal** about getting or keeping TennCare.

If you have a hearing or speech problem you can call our Tennessee Relay Service (TNRS) at **1-800-848-0298.** Then ask for the Tennessee Health Connection at **1-855-259-0701** and choose option 4.

Other places to call for help:

Do you need help with health care? Or do you need help with mental health care or drug or alcohol treatment? Or help with other TennCare problems?

First, call your TennCare health plan. If you still need help, you can:

- Call the **TennCare Advocacy Program** at **1-800-758-1638.**

Or if your health plan can't help with your problem, you can:

- Call the **TennCare Solutions Unit** at **1-800-878-3192.**

Do you need help with prescriptions or refills at the drug store?

First, call your doctor. If you still need help, call the TennCare Solutions Unit at **1-800-878-3192.**

Do you have questions about Medicare for people over age 65 or disabled?

Call Tennessee's State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Their number is **1-877-801-0044.**

Do you need help for someone who speaks another language?

See the language page with this letter.

Rev: 01Jul15

Need to report a change? Have questions? Need help? Call us.

Tennessee Health Connection 1-855-259-0701

We're here to help you Monday through Saturday, 7 a.m. to 7 p.m.

000247 53/54

MAX TN 401 04/26/2016 000096 06/11/2016

¿Necesita ayuda especial?

Estos son los números a los que puede llamar.
Todos estos números de teléfono son llamada gratuita.

Version in English on other side

¿Tiene usted preguntas? O ¿acaso necesita ayuda porque padece una discapacidad o problema de salud física, salud mental o de aprendizaje? Si necesita cualquier ayuda con TennCare, llame al **Tennessee Health Connection.** El teléfono es el **1-855-259-0701.**

Usted los puede llamar si necesita ayuda para:

- **Solicitar** TennCare.
- **Reportar un cambio** como por ejemplo un cambio de domicilio o de trabajo o ingresos.
- **Hacer una pregunta.**
- **Presentar una apelación** acerca de obtener o conservar TennCare.

Si tiene un problema de audición o del habla puede llamar a nuestro Servicio de Retransmisión de Tennessee (TNRS) al **1-800-848-0298.** Luego pida hablar con Tennessee Health Connection en el **1-855-259-0701** y elija la opción 4.

Otros lugares a los que puede llamar si necesita ayuda:

¿Necesita ayuda con un problema de salud? O ¿acaso necesita ayuda con un tratamiento para salud mental o para alcoholismo o drogadicción? O bien, ¿necesita ayuda con otros problemas de TennCare?

Primero, llame a su plan de seguro médico de TennCare. Si aún necesita ayuda, puede:

- Llamar al **Programa de Representación y Abogacía de TennCare (TennCare Advocacy Program)** al **1-800-758-1638.**

O bien, si su plan de seguro médico no puede ayudarle con su problema, puede:

- Llamar a la **Unidad de Soluciones de TennCare (TennCare Solutions Unit)** al **1-800-878-3192.**

¿Necesita ayuda con recetas médicas o renovaciones en la farmacia?

Primero, llame a su médico. Si aún necesita ayuda, llame a la Unidad de Soluciones de TennCare al **1-800-878-3192.**

¿Tiene preguntas sobre Medicare para personas mayores de 65 años de edad o personas discapacitadas?

Llame al Programa de Asistencia con Seguro Médico de Tennessee (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). El teléfono es el **1-877-801-0044.**

¿Necesita ayuda para alguien que habla otro idioma?

Consulte la hoja de idiomas que se incluye con esta carta.

Rev: 01Jul15

¿Necesita reportar un cambio? ¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? Llámenos.

Tennessee Health Connection 1-855-259-0701

Estamos para servirle de lunes a sábado, de las 7 a.m. a las 7 p.m.

MAX TN 401 04/26/2016 000097 06/11/2016

TN A014.5

STATE OF TENNESSEE
DEPARTMENT OF FINANCE AND ADMINISTRATION
BUREAU OF TENNCARE

Kurdish – Badinani کوردی – بادینانی

ئەڤێ نامێ هندەك پێزانینێت گرنگ یێت تێدا لـ سەر تێن کێرێ. هەکە تو پێتڤی هاریکارییێ بی دا پتر د ڤی نامێ بگەهی، هاریکاری یا هەی بـ کوردی. پەیوەندیێ بکە بـ 1-800-758-1638، ئەڤ تەلەفۆنە یا بێ پارەیە.

Kurdish – Sorani کوردی – سۆرانی

ئەم نامەیە زانیاری گرنگی تێدایە دەربارەی تێن کێر. ئەگەر یارمەتیت پێویستە بۆ تێگەیشتنی ئەم نامەیە، یارمەتی هەیە بە کوردی بە پەیوەندی کردن بە 1-800-758-1638، ئەم تەلەفۆنە بە خۆڕاییە.

Arabic العربية

هذه الرسالة تحتوي على معلومات مهمة عن التين كير. إذا كنت تحتاج الى مساعدة لفهم هذه الرسالة، المساعدة موجودة بالعربية عندما تتصل بـ 1-800-758-1638، هذه المكالمة مجانية.

Somali Soomaali

Warqaddani waxay waddaa war muhiim ah oo kusaabsan TennCare. Haddii aad ubaahantahay caawimo fahmidda warqaddan, waxa lagugu caawinkaraa Af-soomaali. Waxad wici kartaa taleefankan kharash la'aanta ah **1-800-758-1638**.

Bosnian Bosanski

Ovo pismo sadrži važne podatke o vašem TennCare. Ako vam treba pomoć u razumijevanju ovog pisma na Bosanskom/Srpskohrvatskom, zovite **1-800-758-1638**, ovaj poziv se ne plaća.

Vietnamese Người Việt

Lá thư này có tầm quan trọng đến TennCare của bạn. Nếu bạn cần giúp đỡ để hiểu thêm lá thư này, có người nói tiếng Việt sẽ giúp đỡ bạn, xin gọi số **1-800-758-1638**.

Rev: 06Aug10

000247 54/54
MAX TN 401 04/26/2016 000098 06/11/2016