kynect health coverage

Lista de verificación para la inscripción

Cosas útiles antes de comenzar su solicitud.

Puede que no necesite todos estos artículos, pero tenerlos a mano tal vez facilite el proceso de inscripción. Está bien si no tiene todas las cosas en esta lista. Recuerde que puede pausar y volver a entrar en su solicitud en cualquier momento. Solo haga clic en "Guardar y Salir". Si tiene alguna pregunta acerca de su solicitud, llame al Centro de Contacto al 1-855-4kynect (459-6328). TTY: 1-855-326-4654.

Información de contacto:

- ☐ Dirección de correo electrónico *(necesitará esto para crear una cuenta en línea. Si no tiene correo electrónico, tal vez un familiar o amigo pueda crearle una cuenta. Puede crear una cuenta de correo electrónico gratis en gmail.com o yahoo.com)*
- ☐ Dirección permanente y/o dirección postal *(si es diferente)*
- ☐ Comprobante de residencia *(factura de servicios públicos, contrato de alquiler, etc.)*
- ☐ Número de teléfono *(el mejor número para comunicarnos con usted)*

Identificación:

- ☐ Tarjeta de Seguro Social *(Social Security)* o documentos de la inmigración
- ☐ Identificación expedida por el gobierno *(como una licencia de conducción)*
- ☐ Identificación militar
- ☐ Acta de nacimiento

Información del hogar:

- ☐ Nombres, fechas de nacimiento y números de Seguro Social (SSN) de todas las personas en su hogar *(incluyendo aquellos que forman parte de su unidad familiar para la declaración de impuestos pero no viven con usted)*
- ☐ Comprobante de matrimonio

Comprobante de los ingresos, *tales como*:

- ☐ Formulario(s) W-2
- ☐ La declaración de impuestos del año pasado
- ☐ Talones de cheques de pago de los últimos 2 meses
- ☐ Comprobante de ingresos no derivados del trabajo *(talón de cheque o carta de otorgamiento de SSI o Discapacidad, orden judicial para pensión alimenticia con la fecha de la sentencia, etc.)*
- ☐ Registros personales de trabajo por cuenta propia de los últimos 12 meses
- ☐ Otro comprobante de los ingresos

Información de los gastos:

- ☐ Pensión alimenticia *(si la paga)*
- ☐ Pagos de intereses sobre préstamos estudiantiles
- ☐ Gastos de maestros *(solamente si usted es maestro de escuela K-12)*
- ☐ Matrícula y honorarios escolares

Seguro médico: *(si tiene un seguro a través de un trabajo)*

- ☐ Costo del seguro *(factura de la prima o carta de la oficina de recursos humanos que demuestra el costo de la prima para el empleado solamente)*
- ☐ Información del plan de salud del trabajo, si su empleador ofrece cobertura de seguro médico *(incluyendo un seguro tradicional o planes HSA, FSA o HRA si se ofrecen)*
- ☐ Cuáles tipos de seguros acepta o prefiere su doctor o proveedor médico *(bien sea Medicaid o un seguro de kynect "Exchange")*

Información del trabajo:

- ☐ Número de identificación del empleador (EIN), si lo sabe. Este número aparece en su formulario W-2.
- ☐ Nombre de la empresa
- ☐ Dirección de la empresa
- ☐ Teléfono de la empresa o teléfono de la oficina de Recursos Humanos