

# Guía de Seguro Médico

Para Trabajadores Agrícolas Mexicanos



**Nombre:**

**Teléfono:**

**Dirección y Condado:**



Proyecto de Trabajadores Agrícolas de Carolina del Norte

910-891-8254

# Detalles Sobre su Plan de Seguro Médico

**Plan de Seguro Elegido:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Inicio:** \_\_\_\_\_

**Pago Mensual:** \_\_\_\_\_

Su Ingreso Estimado del 2016: \_\_\_\_\_

Estatus Civil para Impuestos: \_\_\_\_\_

Ayuda Financiera Mensual: \_\_\_\_\_

Copago para Doctor Primario: \_\_\_\_\_

Copago para Especialista: \_\_\_\_\_

Medicamentos Genéricos: \_\_\_\_\_

Deducible Anual: \_\_\_\_\_

Pago Máximo de su Bolsillo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_% Coaseguro para \_\_\_\_\_

## **Su Doctor Primario**

Nombre de la clínica:

# de Teléfono:

Dirección:

Horas:

# Información para tener acceso a su cuenta en el Mercado de Seguros Médicos:

Número de Solicitud: \_\_\_\_\_

## Cuenta de Correo Electrónico

Correo Electrónico	Contraseña

## Cuenta del Mercado de Seguros Médicos

Nombre del Usuario	Contraseña

## Preguntas de Seguridad


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

## Como contactar a su compañía de seguro médico:

- para hacer preguntas acerca de su póliza
- para pagar su cuenta por teléfono con una tarjeta de crédito o débito
- para cancelar su plan al fin de la temporada

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

### Información para tener acceso a su cuenta en el sitio de la compañía de seguro médico:

Nombre del Usuario	Contraseña

## Aviso:

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



# ¿Va para México?



## Cancele su plan de seguro médico!

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

**1-800-318-2596**

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



# Para Pagar

Compre y envíe un money order  
pagar su cuenta y man

## Money Orden de Walmart

Valid Money Order includes: 1. Heat sensitive, red stop sign AND 2. Contains a True Watermark hold up to light to view.

**MoneyGram** INTERNATIONAL MONEY ORDER 07/08/2015

To Validate: Touch the stop sign, then watch it fade and reappear

20602335299  
MONEY ORDER - WM

MONEY ORDER NUMBER: **R206023352997**

PAY TO THE ORDER OF / PAGAR A LA ORDEN DE: **nombre de la compañía de seguro médico**

IMPORANT - SEE BACK BEFORE CASHING

**firma suya (nombre completo)**

ADDRESS / DIRECCIÓN: **dirección suya**

Payable Through: BOKF, NA, Enid, OK

ISSUER/DRAWER: MONEYGRAM PAYMENT SYSTEMS, INC.

ID: **número de miembro suyo**

60528513815  
31323001892299

1037018642060 23352997 90

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

*Revise que el valor total del money orden es correcto*

## Money Orden de Food Lion

THIS DOCUMENT CONTAINS A TRUE WATERMARK - HOLD UP TO LIGHT TO VIEW

**WESTERN UNION WU** MONEY ORDER

WESTERN UNION FINANCIAL SERVICES INC. - ISSUER, Englewood, Colorado

Payable at Wells Fargo Bank Grand Junction - Downtown, N.A. Grand Junction, Colorado

17-235717302

A 313851 D 070815  
T 1310 04  
172357173026 L 002616 \$ 0.01

PAY EXACTLY **nombre de la compañía de seguro médico** **número de miembro**

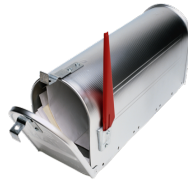
PAY TO THE ORDER OF **dirección suya** **nombre completo suyo**

PURCHASER'S ADDRESS

1022004001 40172357173026

# • su Cuenta

en por el 15 de cada mes para  
tener su plan médico!



*Compre una estampilla que tiene un  
valor de 49 centavos o que dice “forever”*

## EJEMPLO

*Escriba su nombre completo y  
dirección en la esquina izquierda*



Emiliano Avalos Huerta  
1111 Trabajador Rd  
Pueblo, NC, 22222

Place sticker with  
insurance company  
address

The diagram shows a rectangular envelope with a postage stamp in the top-left corner. The stamp features a stylized American flag. To the right of the stamp, there is a handwritten scribble. Below the stamp, the name and address are printed. To the right of the address, there is a red text label 'Place sticker with insurance company address' with a handwritten scribble below it. The envelope is shown from a slightly elevated perspective.

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

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

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

# Información Importante Acerca de los Impuestos y Su Seguro Médico

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

2. Si usted es mexicano y está legalmente casado, es obligatorio que presente una declaración conjunta con su marido. En la mayoría de circunstancias, usted no debe presentar una declaración por separado si compra un seguro médico y recibe asistencia financiera.

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

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





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

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

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

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

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

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

Firma

Fecha

Cargo (si corresponde)

Escriba el nombre en letra de molde

Escriba el nombre del contribuyente de la línea **1** en letra de molde si es otra entidad aparte de una persona física

**Parte II Declaración del Representante**

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

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







**EXEMPLO**

**EXEMPLO**

**EXEMPLO**

**Form 8965**

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

**Health Coverage Exemptions**

▶ Attach to Form 1040, Form 1040A, or Form 1040EZ.

▶ Information about Form 8965 and its separate instructions is at [www.irs.gov/form8965](http://www.irs.gov/form8965).

OMB No. 1545-0074

**2015**

Attachment  
Sequence No. **75**

Name as shown on return

Your social security number

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

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

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

**Part II Coverage Exemptions Claimed on Your Return for Your Household**

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

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

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

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





Núm. de Teléfono

Núm. de Fax

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

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

para representar al contribuyente ante el Servicio de Impuestos Internos y realizar las siguientes acciones:

**3 Acciones autorizadas (usted está obligado a completar esta línea 3).** Con excepción de las acciones descritas en la línea 5b, yo autorizo a mi(s) representante(s) a recibir e inspeccionar mi información confidencial tributaria y realizar acciones que yo pueda llevar a cabo con respecto a los asuntos tributarios descritos a continuación. Por ejemplo, mi(s) representante(s) tendrá(n) la autoridad para firmar todo acuerdo, consentimientos o documentos similares (vea las instrucciones para la línea 5a para autorizar a un representante a que firme una declaración).

Descripción del asunto (Ingreso, Empleo, Nómina, de Uso y Consumo, Herencia, Regalo, Informante, Disciplina del Profesional, Carta Privada sobre una Decisión Tributaria (PLR, por sus siglas en inglés), Ley de Libertad de Información (FOIA, por sus siglas en inglés), Multa Civil, Pago por Responsabilidad Compartida conforme a la sección 5000A, Pago por Responsabilidad Compartida conforme a la sección 4980H, etcétera) (vea las instrucciones)

Número del Formulario Tributario (1040, 941, 720, etc.) (si corresponde)

Año(s) o Período(s) (si corresponde) (vea las instrucciones)

**4 Uso específico no registrado en el Archivo Centralizado de Autorizaciones (CAF, por sus siglas en inglés).** Si el poder legal es para un uso particular que no se registra en el CAF, marque este recuadro. Vea Línea 4. **Uso específico no registrado en el CAF, en las instrucciones.**

**5a Acciones adicionales autorizadas.** Además de las acciones listadas en la línea 3 anteriormente, yo autorizo a mi(s) representante(s) llevar a cabo las siguientes acciones (para más información, vea las instrucciones para la línea 5a):

Autorizar la divulgación a terceros;  Sustituir o añadir representante(s);  Firmar la declaración; \_\_\_\_\_

Otras acciones autorizadas: \_\_\_\_\_



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

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

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

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



# Formulario 1095-A

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

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

Este formulario sirve para confirmar que lo que usted reportó para comprar un seguro médico y recibir ayuda financiera del gobierno estadounidense es correcto. Cuando usted declare sus impuestos el próximo año, dele el formulario 1095-A a su preparador de impuestos. Es importante que usted revise el formulario para asegurarse de que la información está correcta.

Si el formulario no ha llegado a su campamento para finales de febrero, usted debe llamar al Mercado de Seguros Médicos para pedir otra copia.

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

# Formulario 8965

## *Para evitar una multa*

Cuando usted declare sus impuestos el próximo año, el gobierno estadounidense va a pedirle una prueba de seguridad por los 12 meses del año. Para evitar una multa por los meses que estuvo fuera de los Estados Unidos en 2016, usted tiene que pedir una exención para estos meses.

### **Para pedir una exención:**

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

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

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

## Formulario 8965 (continuación)

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

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

### **Para pedir esta exención:**

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

## Busque un ejemplo y una copia del formulario 8965 en este libro

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

# Formulario 8965

## Ejemplo

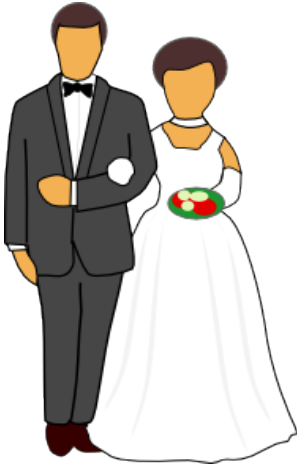
Emiliano Avalos Huerta llegó a los Estados Unidos el 17 de abril del año 2016. Se inscribió en un seguro médico el 31 de mayo, pero su plan no se activó hasta el 1 de julio. Cuando se inscribió en su plan médico, Emiliano declaró que tenía una esposa (María Angela) y dos dependientes (Carmen Rosa y Rodrigo).

Emiliano volvió a México el 20 de diciembre del 2016, y canceló su plan médico dos semanas antes de irse. Cuando declaró los impuestos en el 2017, Emiliano llenó el formulario 8965 de la siguiente manera:

Part III Coverage Exemptions for Individuals Claimed on Your Return: If you and/or a member of your tax household are claiming an exemption on your return, complete Part III.															
a Name of individual	b SSN	c Exemption Type	d Year	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
				Jan	Feb	Mar	Apr	May	June	July	Aug	Sept	Oct	Nov	Dec
8 Emiliano Avalos Huerta <i>usted</i>	000-00-0000	C		x	x	x	x								x
9 Emiliano Avalos Huerta <i>usted</i>	000-00-0000	B						x	x						
10 María Angela Gutierrez Guzmán <i>su esposa si tiene</i>	TTN	C	x												
11 Carmen Rose Avalos Gutierrez <i>dependiente</i>	TTN	C	x												
12 Rodrigo Avalos Gutierrez <i>dependiente</i>	TTN	C	x												
13															



# ¿Está usted casado?



Usted está legalmente casado según el gobierno estadounidense si el registro civil le entregó una acta de matrimonio cuando se casó.

## Si está legalmente casado:

Es un requisito de la Ley de Cuidado de Salud que las personas que reciben ayuda financiera para bajar el costo de su plan de seguro médico presenten una declaración conjunta de impuestos cuando regresen a los Estados Unidos el próximo año.

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

# ¿Está usted casado?

## Filing Status

Check only one box.

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

Para presentar una declaración conjunta, es necesario que:

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

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

# Para Conseguir un Número ITIN

Información cortesía de La Oficina- Bilingual Business Center

Pasaporte (puede enviarse por si solo)

Certificado de nacimiento

## Y uno de los siguientes documentos:

Si su esposo o dependiente es mayor de edad (18 años o más):

Credencial electoral, o

Licencia de conducción, o

Tarjeta de identificación militar.

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

Boleta de calificaciones:

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

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

Y debe incluir los siguientes datos:

fecha reciente

Periodo calificado

Nombre del estudiante

Nombre de la escuela

Materias y calificaciones

Dirección de la escuela

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

Reporte de vacunación:(debe incluir los siguientes datos)

Vacunas y fechas

Nombre del menor

Nombre del paciente

Fecha nacimiento

Fechas de vacunas

Dirección del menor

nombre doctor/clínica

dirección doctor/clínica

# teléfono doctor/clínica



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

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

- Su esposa o dependientes mayores de 18 años.....

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

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

**Recuerde que sólo tendrá  
60 días para inscribirse  
a un plan médico.**

Información de la persona que le ayudó con su solicitud en el Mercado de Seguros Médicos:

*Nombre:*

*Télefono:*