



## Familiar de Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este anexo si usted o un familiar suyo son Indios Americanos o nativos de Alaska. Presente esto junto con su Solicitud de Cobertura de Salud y Ayuda para Pagar Costos.

### Cuéntenos sobre su familiar, o familiares, que son Indios Americanos o Nativos de Alaska.

Los Indios Americanos y los Nativos de Alaska pueden obtener servicios de parte de los Servicios de Salud para Indios, de programas de salud tribal, o de programas de salud para indios urbanos. También es posible que no tengan que pagar costos compartidos, y puede ser que obtengan especiales períodos mensuales de inscripción. Conteste las siguientes preguntas para asegurar que su familia obtenga la mayor ayuda posible.

**NOTA:** Si tiene que incluir más personas, haga una copia de esta página y adjúntela.

	AI/AN PERSONA 1	AI/AN PERSONA 2
1. Nombre (Nombre de pila, Nombre del medio, Apellido)	Nombre de pila      Nombre del medio  Apellido	Nombre de pila      Nombre del medio  Apellido
2. ¿Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?	<input type="checkbox"/> Sí <b>Si la respuesta es sí</b> , nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <b>Si la respuesta es sí</b> , nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No
3. ¿Esta persona alguna vez ha obtenido un servicio de parte del Servicio de Salud para Indios, de un programa de salud tribal, o de un programa de salud para indios urbanos, o a través de una derivación proveniente de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si la respuesta es no</b> , ¿Esta persona es elegible para obtener servicios de parte del Servicio de Salud para Indios, de un programa de salud tribal, o de un programa de salud para indios urbanos, o a través de una derivación proveniente de uno de estos programas? Sí      No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si la respuesta es no</b> , ¿Esta persona es elegible para obtener servicios de parte del Servicio de Salud para Indios, de un programa de salud tribal, o de un programa de salud para indios urbanos, o a través de una derivación proveniente de uno de estos programas? Sí      No
4. Algunos tipos de dinero recibido no pueden ser contados para el Medicaid ni para el Programa de Seguro de Salud de Niños (CHIP, por sus siglas en inglés). Liste cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) reportado en su solicitud que incluya dinero de las siguientes fuentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagos per cápita de una tribu que vienen de recursos naturales, uso de derechos, arrendamientos, o regalías</li> <li>• Pagos por recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos, o regalías de tierra designada como tierra indígena en fideicomiso por el Departamento del Interior (incluyendo reservaciones y ex-reservaciones)</li> <li>• Dinero de la venta de cosas que tienen un significado cultural</li> </ul>	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** y dígame al representante del servicio al cliente qué idioma necesita. Nosotros le conseguiremos ayuda gratis. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

