

Persona # _____

Familia de # _____



Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo
--------	----------------	----------	--------

Domicilio	Número de apartamento
-----------	-----------------------

Ciudad	Estado	Código Postal	Usted es: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
--------	--------	---------------	--

Numero de Teléfono	Idioma	Correo Electrónico
--------------------	--------	--------------------

Usted es: Solo Casado Divorciado Pareja Registrada Viudo

Número de Seguro Social ITIN ATIN

Fecha de Nacimiento (mes /día /año)	Edad	¿Está aplicando para seguro de salud para usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------------------	------	---

¿Cuál es su relación con la persona # 1?(solo si es necesario)	Registración especial (solo si es necesario)
--	--

¿Es usted la persona primaria en la declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿En caso afirmativo, Cómo va a presentar? <input type="checkbox"/> Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Casado y reportación conjunta <input type="checkbox"/> Casado y reporta Separado	¿Alguien lo reclama como Dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿En caso afirmativo, Quién? Persona # _____ en esta solicitud
--	--

Empleo 1: Nombre del empleador: _____ Ingreso \$ _____ ¿Cómo le pagan?:
 Semanal Mensual Quincena

Empleo 2: Nombre del empleador: _____ Ingreso \$ _____ ¿Cómo le pagan?:
 Semanal Mensual Quincena

Trabajador Independiente: _____ Tipo de trabajo: _____
 ¿Cuál es su ingreso mensual? \$ _____

Otros Ingresos: Tipo de trabajo: _____ ¿Cuál es su ingreso mensual? \$ _____

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

¿Es Usted un ciudadano naturalizado o nació en EE. UU.? Sí No

Si usted marcó No. ¿Usted tiene alguna situación migratoria satisfactoria? Sí No

Tipo de documento: _____ Nombre de documento: _____

Número de identificación: _____ Número de extranjero: _____

País de Emisión: _____ Fecha de expiración: _____

Fecha de Vigencia:	Presupuesto: \$	Dentro O Fuera De Intercambio: Dentro <input type="checkbox"/> Fuera <input type="checkbox"/>
--------------------	-----------------	--

Notas/comentarios:

Elija su Plan de Salud:

Nombre	Nombre de Plan	Niveles de Metal	Numero de Metal	Tipo de Plan
Persona # _____		<input type="checkbox"/> Platino <input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Plata <input type="checkbox"/> Bronce <input type="checkbox"/> Plan de cobertura mínima		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO

Firma de la Primera Persona, o la persona representante o autorizada, si es mayor de edad.	Fecha
--	-------

Agente de Seguros Certificado

Nombre: _____ Número de licencia: _____