

Solicitud de Exención del Pago por Responsabilidad Compartida de Rhode Island

De acuerdo con la legislación del estado de Rhode Island, la mayoría de los habitantes del Estado de Rhode Island necesitan tener cobertura de salud¹. El hecho de no mantener una cobertura continua puede generar una sanción fiscal de ingresos personales en Rhode Island. Esto se denomina el “pago de responsabilidad compartida”. Algunas personas están exentas de hacer este pago. Esta solicitud solo incluye ciertas categorías de exenciones. Usted puede solicitar otras categorías de exenciones cuando presente su declaración de impuestos a los ingresos personales de Rhode Island.

¿Quién debería usar esta solicitud?

Usted puede solicitar una exención a través de HealthSource RI si usted o alguien de grupo familiar fiscal cumple con algunos de los siguientes criterios:

- Su **cobertura no es asequible para el año de plan actual**, lo que significa que la cobertura de salud de más bajo precio disponible para usted en el año de plan 2024 cuesta más del 7,97% de los ingresos proyectados del grupo familiar².
 - Para este tipo de exención, su solicitud deberá ser presentada por cualquiera de los dos:
 1. el último día de la inscripción abierta (que es el 31 de enero de 2024 para el año de cobertura 2024), o
 2. hasta el último día de un período de inscripción especial en el año de plan actual (2024), si usted califica para el mismo.
 - **Si su solicitud de exención por asequibilidad no se presenta dentro de los plazos de solicitud anteriores, entonces debe reclamar este tipo de exención cuando presente sus formularios de impuestos sobre la renta personal de Rhode Island para ese año.**
- Usted califica para una **exención religiosa**.
- Usted ha **experimentado una dificultad** que le impidió poder adquirir cobertura de salud.

¿Qué necesito para solicitar esta exención?

Incluya una explicación escrita y/o documentos que respalden su reclamo. Puede obtener ayuda para completar esta solicitud en línea en [HealthSourceRI.com/mandate](https://www.healthsourceri.com/mandate) o llamando a nuestro Centro de Asistencia a los Clientes a los teléfonos 1-855-840-4774 o 1-888-657-3173 (TTY).

Asegúrese de identificar el año fiscal por el que está presentando su solicitud; de lo contrario, su solicitud podría ser rechazada.

¿Qué ocurre después?

Envíe por correo postal o fax su solicitud completa y firmada a HealthSource RI. Tanto la dirección de correo postal como el número de fax se proveen en la última página de esta solicitud. Le daremos seguimiento y le comunicaremos si necesitamos documentación adicional. Si no se proveen los documentos requeridos, su solicitud podría no ser aprobada. Una vez que tengamos su solicitud completa, le enviaremos una notificación con nuestra decisión.

Si su exención es otorgada, incluiremos un **Número de certificado de exención**. Este es el número que usará cuando presente su declaración de impuestos a los ingresos personales de Rhode Island para el año correspondiente. **Conserve estos documentos para sus registros; necesitará esta información en el momento de presentación de declaración de impuestos.**

¹ Leyes Generales de R.I. § 44-30-101

² Indexado anualmente por la reglamentación federal <https://www.cms.gov/files/document/2024-papi-parameters-guidance-2022-12-12.pdf>

Categorías de Exención y Documentación

| Motivo de la exención | Documentación requerida | Plazo para presentar la solicitud |
|---|--|---|
| <p>A. La cobertura de precio más bajo disponible para usted le costaría más que el 7,97 % de los ingresos previstos del grupo familiar para 2024³</p> | <p>Los resultados de la elegibilidad de la solicitud o información sobre cualquier seguro de salud relacionado con el trabajo disponible para la familia (incluyendo el plan de menor precio disponible a través del empleador).</p> | <p>Debe solicitar esta exención hasta el último día en el que pueda inscribirse para cobertura disponible para ese año de plan. Este día sería el último día de la Inscripción Abierta para 2024 (31 de enero de 2024) o el último día de un período de inscripción especial en 2024, si está calificado para el mismo. Solo estará exento por los meses posteriores a su solicitud. Nota: Puede reclamar una exención similar de asequibilidad en su declaración de impuestos.</p> |
| <p>B. Usted es un miembro de una reconocida secta religiosa que, o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene objeciones religiosas contra el Seguro, incluso Seguridad Social y Medicare, o, • confía solamente en un método religioso de sanación y para quien la aceptación de los servicios médicos de salud sería una contradicción a las creencias religiosas de la persona. | <p>El nombre y dirección de la secta religiosa. Si la tuviera disponible, una copia de un Formulario IRS 4029 aprobado ("Solicitud para la exención de impuestos de Seguridad Social y Medicare, y renuncia a los beneficios").</p> | <p>Puede presentar la solicitud en cualquier momento.</p> |
| <p>C. Usted ha experimentado una "dificultad" que afecta su capacidad de adquirir cobertura de seguro de salud (ver lista de motivos de dificultad)</p> | <p>HSRI se pondrá en contacto con usted si se necesita documentación adicional para procesar su exención por dificultad.</p> | <p>Puede presentar su solicitud antes, durante o después de la dificultad, según las circunstancias.</p> |

³ Indexado anualmente por la reglamentación federal <https://www.cms.gov/files/document/2024-papi-parameters-guidance-2022-12-12.pdf>

Paso 1: Háblenos de usted

La persona de su grupo familiar que presenta una declaración de impuestos de ingresos personales de Rhode Island, debería ser la persona de contacto para esta solicitud, y se la denominará "Persona 1". Si usted está presentando una solicitud de exención para un niño, el adulto que incluya al niño en su declaración de impuestos de ingresos personales de Rhode Island debería llenar y firmar esta solicitud, aunque el adulto no necesite la exención.

1. Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido Sufijo

2. Domicilio (dejar en blanco si no tiene) 3. Número de departamento o 'suite'

4. Ciudad 5. Estado 6. Código postal

7. Dirección de correo postal (si es diferente al domicilio) 8. Número de departamento o 'suite'

9. Ciudad 10. Estado 11. Código postal

Por favor, proporcione información de contacto de manera que podamos comunicarnos con usted, si fuera necesario.

12. ¿Cuál es su idioma preferido?

13. ¿Cómo preferiría que nos comunicáramos con usted si necesitamos información adicional para completar su solicitud? Seleccione todas las opciones que correspondan y proporcione detalles para cada una de las seleccionadas. **SE REQUIERE UN MÉTODO DE CONTACTO COMO MÍNIMO.**

POR TELÉFONO

MENSAJE DE TEXTO

CORREO ELECTRÓNICO

14. Número de teléfono (###-###-####)

15. Número de teléfono alternativo (###-###-####) (opcional)

16. Número de teléfono celular para mensajes de texto (###-###-####)

17. Dirección de correo electrónico

Paso 2: Háblenos sobre su grupo familiar fiscal y su solicitud de exención

A quién puede incluir en esta solicitud:

- El adulto que presenta su declaración de impuestos a los ingresos personales de Rhode Island para este grupo familiar fiscal; incluya a esta persona, que será denominada "Persona 1", en la primera línea de la tabla de la página siguiente.
- A su cónyuge, si está presentando la declaración de impuestos conjuntamente con usted.
- Cualquiera que la Persona 1 mencione como dependiente en la declaración de impuestos a los ingresos personales de Rhode Island.

Usted debería solicitar esta exención sobre la base de su declaración de impuestos, con la siguiente excepción: Si tiene 21 o más años de edad y está incluido como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona, envíe su propia solicitud de exención.

A quién NO puede incluir en esta solicitud:

- A su cónyuge si está presentando la declaración de impuestos por separado. Los cónyuges que presentan la declaración de impuestos por separado deben llenar una solicitud de exención por separado para ellos e incluir a todas las personas que figuran en su declaración de impuestos.
- Cualquier persona que viva con usted pero que no esté ni estará incluida en su declaración de impuestos para el/los año(s) en que usted desee la exención.

Si usted no tiene la obligación de declarar impuestos, no necesita solicitar una exención.

La persona en la línea 1 siguiente, que será denominada "Persona 1", debe ser la persona que presente una declaración de impuestos a los ingresos de RI para el grupo familiar y debe estar en la lista aunque no necesite una exención.

Para cada persona incluida en la declaración de impuestos a los ingresos de RI, por favor provea su relación con la Persona 1, su nombre completo, fecha de nacimiento, si están solicitando o no una exención, y el año fiscal para el cual usted necesita esta exención.

| Persona # | Relación con la Persona 1 (Cónyuge o Dependiente) | Primer nombre | Inicial de segundo nombre | Apellido | Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy) | ¿Esta persona necesita una exención? (sí o no) | Año fiscal para el cual necesita esta exención |
|-----------|---|---------------|---------------------------|----------|----------------------------------|--|--|
| 1 | solicitante | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |

Paso 3: Marque una de las siguientes casillas para indicar qué tipo de exención está solicitando

Asegúrese de completar toda la sección.

A. Asequibilidad basada en los ingresos proyectados para 2024

Para cualquiera que esté solicitando esta exención, su capacidad de obtener esta exención por asequibilidad se basa en los ingresos proyectados de su grupo familiar para este año, calculados por HealthSource RI y el costo del plan bronce de menor costo que esté disponible para usted a través de HealthSource RI (después de solicitar todo crédito fiscal para el que usted califique). Para obtener esta información, se le recomienda completar una solicitud general para cobertura de atención médica a través de HealthSource RI e incluir los resultados de elegibilidad con esta solicitud de exención. Se le sugiere que imprima una captura de pantalla con sus resultados de elegibilidad de HSRI. **Tenga en cuenta que esta exención debe ser solicitada antes de las fechas límite descritas en la página 2 y solo puede ser aprobada para los meses futuros dentro del mismo año fiscal para el que la está solicitando.**

B. Miembro de una reconocida secta o división religiosa

Nombre de la Secta religiosa

Dirección de la Secta religiosa

Ciudad

Estado

Código postal

¿Qué miembros del grupo familiar están solicitando una exención basada en su membresía a esta secta o división religiosa?

Si usted está solicitando esta exención porque es miembro de una secta o división religiosa reconocida que confía exclusivamente en un método religioso de sanación y la aceptación de los servicios médicos de salud sería una contradicción a sus creencias religiosas, debe firmar el siguiente testimonio:

Certifico bajo pena de perjurio que ninguno de los solicitantes de esta exención ha recibido servicios médicos de salud durante el año fiscal precedente.

Firma del solicitante o Padre/Tutor del solicitante

C. Exención por dificultad

Identifique el tipo de dificultad por la(s) que está presentando esta solicitud de la lista en la página siguiente y luego indique qué persona de su grupo familiar fiscal experimentó esa dificultad. Asegúrese de identificar el nombre de la persona que experimentó la dificultad, el tipo de dificultad que experimentó, la fecha en que la dificultad comenzó, cuándo terminará la dificultad y para qué año fiscal se solicita la exención.

Tenga en cuenta que el hecho de no proveer el año fiscal puede generar el rechazo automático de su solicitud.

Cada persona necesita solo una exención para cualquier período determinado. Usted puede solicitar por más de una dificultad para cada persona si los eventos de dificultad ocurrieron en momentos diferentes durante el año.

C. Exención por dificultad (continuación)

| Tipo de dificultad | Motivo de la dificultad |
|--|---|
| <i>Carencia de hogar</i> | Estuvo sin hogar. |
| <i>Desalojo/juicio hipotecario</i> | Fue desalojado en los últimos 6 meses o estaba afrontando el desalojo o la juicio hipotecario. |
| <i>Notificación de desconexión</i> | Recibió una notificación de desconexión de una compañía de servicios públicos. |
| <i>Violencia doméstica</i> | Recientemente, experimentó violencia doméstica. |
| <i>Fallecimiento de un miembro de su familia</i> | Recientemente experimentó el fallecimiento de un miembro cercano de su familia. |
| <i>Desastre</i> | Sufrió un incendio, inundación u otro desastre natural o causado por humanos que provocó daños substanciales a su propiedad. |
| <i>Bancarrotas</i> | Se declaró en bancarota en los últimos 6 meses. |
| <i>Gastos médicos</i> | Ha desembolsado gastos médicos en los últimos 24 meses que generaron una deuda substancial. |
| <i>Incrementos en los gastos de atención de un miembro de la familia</i> | Experimentó aumentos inesperados de gastos necesarios debidos al cuidado de un miembro de la familia enfermo, discapacitado o anciano. |
| <i>Asistencia médica para un niño</i> | Espera incluir como dependiente de impuestos a un niño al que se le ha negado cobertura en Medicaid y en el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) y otra persona ha sido requerida por orden judicial para brindar asistencia médica al niño. |
| <i>Decisión de apelación de elegibilidad</i> | Tuvo una decisión favorable en una apelación de elegibilidad. |
| <i>Otra dificultad no enlistado</i> | Cualquier dificultad no incluida en esta lista que le haya impedido obtener seguro de salud, como la falta de planes asequibles disponibles para proveer acceso a atención especializada necesaria, u otra dificultad según lo determine HealthSource RI. |

| Nombre y apellido de la persona que experimentó la dificultad. | Tipo(s) de dificultad (de la lista anterior) | Fecha en la que comenzó la dificultad (mm/dd/aaaa) | Fecha en la que terminó (o terminará) la dificultad (mm/dd/aaaa) | Año fiscal para el cual necesita esta exención |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

Paso 4: Lea y firme esta solicitud

Al firmar esta solicitud, certifico y declaro bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas y completas según mi leal saber y entender.

- Comprendo las preguntas y declaraciones de esta solicitud. También comprendo que, si fuera necesario, hay disponible asistencia de idiomas y traducción por teléfono.
- Comprendo que estoy proporcionando a HealthSource RI información personalmente identificable acerca de mí y de los miembros de mi grupo familiar que están enlistados en esta solicitud para que HealthSource RI determine nuestra elegibilidad para las exenciones. Tengo el consentimiento de todos los miembros del grupo familiar enlistados en esta solicitud y, por lo tanto, autorizo a HealthSource RI y a sus agentes o contratistas a usar y/o revelar esta información: (1) con el propósito de procesar esta solicitud y determinar nuestra elegibilidad para exenciones, incluso cualquier apelación, disputa legal o funciones administrativas asociadas; (2) a la División de Impuestos de Rhode Island con los propósitos establecidos en 22-RICR-90-00-1.11; o (3) en la medida que la legislación lo permita..
- Comprendo las penalizaciones por proveer información falsa, con inclusión de las penalizaciones por violación de la Ley de Reclamos Falsos de Rhode Island, RIGL 9-1-1 et. al.
- Sé que de acuerdo con las Leyes Generales de Rhode Island, Sección 40-6-15, se puede imponer una multa máxima de \$1000, o prisión hasta cinco (5) años, o ambas, a la persona que obtenga o intente obtener, o ayude o asista a cualquier persona a obtener, asistencia pública a la que no tiene derecho o quien intencionalmente no informe ingresos, recursos o circunstancias personales o incrementos que excedan el monto previamente informado.
- Bajo pena de perjurio, yo atestiguo la identidad del niño menor que se identifica en la presente y que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera. Comprendo que estaré infringiendo la ley si proveo información errónea y que puedo ser castigado por la legislación federal, la legislación estatal o ambas.

Firma del solicitante o Padre/Tutor del solicitante

Fecha

Escriba con letra de imprenta aquí si es un Representante Autorizado

Fecha

Hay múltiples maneras para que usted envíe su solicitud:

- 1) Envíe por correo postal o lleve su solicitud completa a:

*HealthSource RI
ATTN: Tier 2 Exemptions
401 Wampanoag Trail
East Providence, RI 02915*

- 2) Envíe por fax su solicitud completada a HealthSource RI, al número 401-223-6317.

Por favor, permita transcurrir 30 días para recibir la respuesta de HealthSource RI. Si después de 30 días no ha recibido una respuesta, llame a HealthSource RI, al teléfono 1-855-840-4774.

La información proporcionada en esta solicitud solo pretende ser un resumen general. No está prevista para reemplazar ninguna de las leyes o reglamentaciones escritas. Recomendamos a los lectores repasar los estatutos, reglamentaciones y otros materiales interpretativos específicos para obtener un enunciado completo y exacto de sus contenidos.