



Use this form only if you and your spouse did not file a federal income tax return for the most current tax year.

Declaration of Non-filing Status

Complete, sign the top portion of this form (must be signed by both member and spouse, if any), and send to the address below. If a financial sponsor, other community organization, or clinic is assisting you with filling out this form, have the organization's designated representative keep a copy of the form for their records.

Member's Name _____ Basic Health ID # _____

Spouse's Name _____ Phone Number () _____

Street Address _____

City _____ State _____ ZIP Code _____

Please explain why you cannot provide Internal Revenue Service (IRS) documentation: _____

I/we certify that I/we have provided all available income documentation as requested by Basic Health. I/we did not file an income tax return with the Internal Revenue Service for (tax year) _____.

Member's Signature _____ Date ____ / ____ / ____

Spouse's Signature _____ Date ____ / ____ / ____

You are required to complete a formal recertification at least once a year, even if you return this form. If Basic Health finds that the state has paid too much of your premium, you may be required to repay any overpayments. If we find that you withheld or gave false information, Basic Health can require you to repay up to twice the amount the state paid for your coverage.

Mail:

Basic Health
P.O. Box 42683
Olympia, WA 98504-2683

FAX:

OR (360)923-2610 or
(360)923-2910

To obtain this document in another format, call our Americans with Disabilities Act (ADA) Coordinator at 360-923-2805. TTY users (deaf, hard of hearing, or speech impaired), call 360-923-2701 or toll-free 1-888-923-5622.



Use este formulario solamente si usted y su esposa/o no presentaron una declaración de impuesto federal sobre ingresos para el año más actual.

Declaración de Situación de no Presentar una Declaración

Complete, firme la porción superior de este formulario (debe ser firmado por el miembro y su esposa/a, si tiene), y envíe a la dirección de abajo. Si es un patrocinador financiero, otra organización comunitaria, o la clínica le está ayudando a llenar este formulario, haga que el representante designado de la organización guarde una copia del formulario para sus archivos.

Nombre del Miembro _____ # de ID. de Basic Health _____

Nombre del/de la Esposa/a _____ Número de teléfono (____) _____

Dirección residencial: _____

Ciudad _____ Estado: _____ Código postal _____

Por favor explique por qué no puede proporcionar la documentación del Servicio de Impuestos Internos (IRS): _____

Yo/nosotros certifico/certificamos que yo/nosotros he/hemos proporcionado toda la documentación de ingresos disponible, tal como ha sido solicitada por Basic Health. Yo/nosotros no he/hemos presentado la declaración de impuestos sobre ingresos al Servicio de Impuestos Internos (IRS) para (año de impuesto) _____.

Firma del miembro _____ Fecha ____ / ____ / ____

Firma de la esposa _____ Fecha ____ / ____ / ____

Aún cuando usted devuelva este formulario, está obligado a completar una recertificación formal por lo menos una vez al año. Si Basic Health encuentra que el estado ha pagado mucho por su prima, podrían exigirle el reembolso de cualquier pago excesivo. Si encontramos que usted ocultó o dio información falsa, Basic Health puede exigirle que reembolse dos veces la cantidad que el estado pagó por su cobertura.

Dirección de correo:

Basic Health
P.O. Box 42683
Olympia, WA 98504-2683

FAX:

(360)923-2610 o
(360)923-2910

Para obtener este documento en otro formato llame a nuestro coordinador de Ley de Americanos con Discapacidades (Americans with Disabilities Act (ADA)) al 360-923-2805. Usuarios de TTY (personas sordas, con deficiencia auditiva o del habla), llame al 360-923-2701 o a la línea gratuita 1-888-923-5622.