



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.