

# **Cómo presentar una solicitud para SoonerCare**

---

Aproximadamente 1 de 4 ciudadanos de Oklahoma de todas las edades integra un programa SoonerCare. Usted no está solo.

Empiece a tramitar su solicitud en  
**[MySoonerCare.org](https://www.mysoonercare.org)**

# Índice

<a href="#"><u>Pág. 3</u></a>	Nuevo en 2021 y tabla de ingresos
<a href="#"><u>Pág. 5</u></a>	¿Qué contiene la solicitud?
<a href="#"><u>Pág. 7</u></a>	¿Qué información necesito?
<a href="#"><u>Pág. 9</u></a>	¿Cómo doy comienzo a una solicitud?
<a href="#"><u>Pág.13</u></a>	Llenado de la solicitud
<a href="#"><u>Pág. 14</u></a>	Paso 1: Personas y contactos
<a href="#"><u>Pág. 22</u></a>	Paso 2: Hogar fiscal
<a href="#"><u>Pág. 23</u></a>	Paso 3: Ingresos
<a href="#"><u>Pág. 25</u></a>	Paso 4: Gastos o deducciones de los ingresos
<a href="#"><u>Pág. 26</u></a>	Paso 5: Otro seguro médico
<a href="#"><u>Pág. 27</u></a>	Paso 6: Revisión de la información
<a href="#"><u>Pág. 28</u></a>	Paso 7: Ciudadanía e identidad
<a href="#"><u>Pág. 29</u></a>	Paso 8: Enviar la solicitud
<a href="#"><u>Pág. 30</u></a>	Resultados

**Comuníquese con la línea de ayuda de SoonerCare  
para obtener asistencia adicional: 1-800-987-7767**

# Nuevo en 2021: Ampliación de SoonerCare/Medicaid a más adultos (con o sin hijos)

Para adultos, el nivel de ingresos debe ser igual o menor que estos niveles:

Número de familia	Por semana	Cada 2 semanas	Por mes	Por año
1	\$345	\$690	\$1,483	\$17,796
2	\$466	\$932	\$2,004	\$24,048
3	\$587	\$1,175	\$2,526	\$30,312
4	\$709	\$1,418	\$3,049	\$36,588
5	\$830	\$1,661	\$3,571	\$42,852
6	\$952	\$1,903	\$4,092	\$49,104
7	\$1,073	\$2,147	\$4,615	\$44,380
8	\$1,193	\$2,386	\$5,130	\$61,560

- SoonerCare Adultos ahora está a disposición de muchos adultos con o sin hijos.
- **Los niños y las mujeres embarazadas** pueden obtener y mantener SoonerCare con niveles de ingresos más altos que la mayoría de los adultos.
- Los adultos desempleados o con ingresos equivalentes a \$0 pueden tener derecho al mismo (los \$300 extras por desempleo **no** se computan como ingreso).
- **No hay ningún requisito laboral.**
- No hay obligación de declarar impuestos, ni en el pasado ni en el futuro.

# ¿Por qué esta solicitud es tan larga? ¿Sobre qué plantea preguntas?

Para niños menores de 19 años y mujeres embarazadas, el nivel de ingresos debe ser igual o menor que estos niveles:

Número de familia	Por semana	Cada 2 semanas	Por mes	Por año
1	\$525	\$1,049	\$2,256	\$27,072
2	\$709	\$1,419	\$3,050	\$36,600
3	\$894	\$1,787	\$3,843	\$46,116
4	\$1,079	\$2,158	\$4,639	\$55,668
5	\$1,263	\$2,527	\$5,433	\$65,196
6	\$1,448	\$2,896	\$6,227	\$74,724
7	\$1,633	\$3,267	\$7,023	\$84,276
8	\$1,815	\$3,631	\$7,806	\$93,672

# ¿Por qué esta solicitud es tan larga?

## ¿Sobre qué plantea preguntas?

- El formulario de solicitud intenta hacer coincidir su información electrónicamente para que **no** sea necesario enviar una identificación o los recibos de sueldo.
- La solicitud pide información sobre cada persona en el hogar, por lo que puede hacer las mismas preguntas sobre cada una de ellas.
- Siempre se puede volver a presentar la solicitud con información diferente, y puede volver a presentar la solicitud en cualquier momento.
- Para obtener más ayuda o realizar la solicitud por teléfono, llame al 1-800-987-7767.
- Para muchas personas, la elegibilidad de SoonerCare se basa en los **límites de ingresos** para el **tamaño de la unidad familiar**.
  - Este formulario de solicitud interroga en primer lugar sobre las personas de la unidad familiar, y luego sobre los ingresos de todas las fuentes para determinar el límite de ingresos para el tamaño de la unidad familiar.

(Consulte las Guías de ingresos de SoonerCare en la [Pág. 3](#))

# ¿Vale la pena completar una solicitud?

**¡Sí!**

**Su cobertura suele empezar el mismo día en que se presenta la solicitud y **no hay ninguna prima mensual.****

- **Puede imprimir o tomar una fotografía de su tarjeta SoonerCare inmediatamente después de completar la solicitud.**
- **Debe tener cobertura antes de recibir tratamiento o facturas. La cobertura no es retroactiva, así que considere obtenerla **antes de necesitarla.****
- **Puede obtener SoonerCare ahora y **utilizarla solo cuando la necesite.****

# ¿Qué información necesito para la solicitud?

**Toda la información es de **este mes**.  
La elegibilidad de SoonerCare se basa en  
la información “del momento”.**

**Información que se necesita de **todos los miembros** de la unidad familiar:**

- **Nombre legal que coincida con la tarjeta de la Seguridad Social (u otro documento federal).**
- **Número de la Seguridad Social.**
- **Fecha de nacimiento.**
- **Sexo/género que coincida con la tarjeta de la Seguridad Social.**

# ¿Qué información necesito para la solicitud?

**Toda la información es de **este mes**.**  
**La elegibilidad de SoonerCare se basa en la información “del momento”.**

**Otra información necesaria:**

- **¿Existen ingresos procedentes de un trabajo (incluidas las propinas)?**
  - En caso afirmativo, deberá indicar el nombre de la empresa, la dirección y el teléfono.
  - Utilice el nombre y la dirección oficial de la empresa que aparece en el recibo de sueldo (válido si no es una dirección de Oklahoma).
- **¿Existen ingresos por trabajo autónomo o como contratista independiente?**
  - Indique los ingresos mensuales "netos" después de deducir los gastos empresariales.
- **¿Existen ingresos por: discapacidad de la Seguridad Social, jubilación, desempleo, pensión alimenticia, pagos de alquileres o cánones?**
  - En el caso de desempleo, no incluya la prestación extra de desempleo de \$300.
- **¿Existe algún otro seguro médico?**
  - Si es así, necesitará la información de la tarjeta del seguro.

# ¿Cómo doy comienzo a una solicitud SoonerCare?

## Solicite en [MySoonerCare.org](https://mysooner.org)

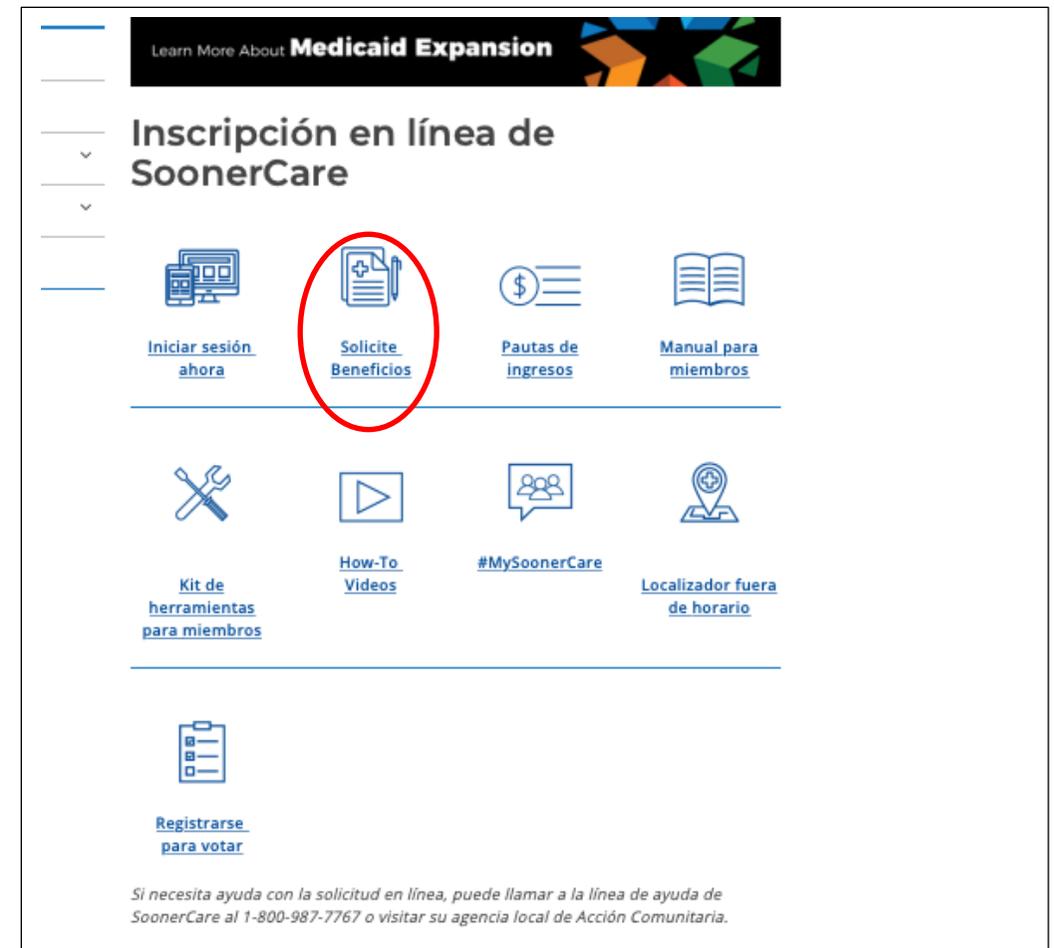
**Si tiene niños en SoonerCare ahora**, actualice la solicitud para niños con información sobre adultos. Esto comprobará si usted califica para la Ampliación de la cobertura para adultos.

- Vaya a [MySoonerCare.org](https://mysooner.org) y busque un círculo azul que dice “Iniciar sesión ahora”. Ingrese el nombre de usuario/correo electrónico y contraseña o utilice el enlace "Olvidé nombre de usuario/Contraseña".
- Para encontrar el nombre de usuario y la contraseña o para actualizar la solicitud por teléfono, llame al 1-800-987-7767.

# ¿Cómo doy comienzo a una solicitud SoonerCare?

Para **NUEVAS solicitudes de adultos o niños**, el sitio web le pedirá información sobre un adulto y luego le enviará un correo electrónico con un código de registro para continuar la solicitud.

1. Vaya a [MySoonerCare.org](http://MySoonerCare.org) y busque “Solicitar beneficios”



# ¿Cómo doy comienzo a una solicitud SoonerCare?

Para **NUEVAS** solicitudes de adultos o niños:

2. En la pantalla “Iniciar sesión o crear una cuenta” haga clic en “Crear una cuenta nueva.”

**Al crear una cuenta en SoonerCare** (también conocida como “caso”) usted utilizará una dirección de correo electrónico y creará una ID de usuario (nombre) y una contraseña. **Anótelas** para obtener copias de su tarjeta y realizar futuras actualizaciones rápidamente.

# ¿Cómo doy comienzo a una solicitud SoonerCare?

Para NUEVAS solicitudes de adultos o niños:

3. Lea “Derechos y responsabilidades”

Y seleccione “De acuerdo.”

**OKLAHOMA** Health Care Authority Bienvenido [Contáctenos](#) | [Iniciar](#)

Idioma: **Español**

### Inscripción de Miembros

**Derechos y Responsabilidades**

Gracias por su interés en nuestros programas. Para solicitar beneficios, debe aceptar los términos listados abajo. Debe seleccionar **"Acepto"** para completar la solicitud.

**Estoy de acuerdo en:**

- Ayudar a Oklahoma Health Care Authority a comprobar toda la información en esta solicitud, y permitirles obtener información necesaria de las agencias gubernamentales, empleadores, proveedores médicos y otras fuentes.
- Avisar a Oklahoma Health Care Authority dentro de 10 días si hay cambios en nuestro ingreso, las personas que viven en nuestro hogar, donde vivimos u obtenemos nuestro correo, y/o nuestro seguro médico.
- Transferir, asignar y autorizar el pago a la Oklahoma Health Care Authority todos los reclamos que tenga o pueda tener contra seguro médico, terceros, compañías de seguros de responsabilidad civil, o terceros. Esto cubre todos los pagos por servicios médicos hechos por OHCA para mí o para mis dependientes.
- Ayudar a Oklahoma Department of Human Services u Oklahoma Health Care Authority a identificar y encontrar padres ausentes que podrían ser responsables por los costos de atención médica para mí u otros en mi familia que recibe SoonerCare o Insure Oklahoma.
- Adultos que quieren beneficios de salud o planificación familiar requieren por ley federal cooperar con la oficina de manutención infantil para obtener ayuda médica establecida para cualquiera de sus niños cuyo padre/cuya madre no está en el hogar. Estoy de acuerdo en cooperar en establecer ayuda médica. Entiendo que si siento que tengo un motivo justificado para no cooperar, puedo contactar a mi oficina local de manutención infantil para solicitar una consideración por motivo justificado. Además entiendo que puedo contactar a mi oficina local de manutención infantil para pedir que mi dirección de domicilio o localización no sean liberados si hay un temor de violencia familiar.
- Si es aprobado para Insure Oklahoma entiendo que seré responsable de pagar las primas adecuadas y gastos incluyendo pero no limitado a los copagos.

**Voy a permitir a Oklahoma Health Care Authority:**

- Cobrar pagos de cualquier persona que debe pagar por atención médica.
- Compartir información médica necesaria con cualquier compañía de seguros, persona o entidad responsable del pago de la factura.
- Inspeccione cualquiera de mis registros médicos para ver si los reclamos de servicios pueden ser pagados.
- Comparta información importante de salud y beneficios a través de mensajes electrónicos. Se pueden aplicar tarifas por mensajes y datos.

**Permitiré a cualquiera de mis proveedores médicos del hogar:**

- Dar información a Oklahoma Department of Human Services u Oklahoma Health Care Authority para hacer pago o decisiones de exceso de pago.

Usted tiene el derecho a una audiencia si no está de acuerdo con una acción adversa en su caso. Usted debe llenar y presentar un formulario de LD-1 a la Oklahoma Health Care Authority dentro de los veinte (20) días desde el día de acción adversa. Usted puede obtener un formulario de LD-1 contactando a servicios para miembros al 1-800-987-7767. Usted se puede representar en la audiencia, o puede tener un abogado u otro representante.

Entiendo que si doy información falsa o si oculto información, puedo ser castigado legalmente por fraude o falso testimonio. Además tendré que repagar Oklahoma Health Care Authority por cualquier factura médica que no haya sido pagada correctamente.

Debe seleccionar "Estoy de acuerdo" o "No estoy de acuerdo"

Estoy de acuerdo **De acuerdo**

No estoy de acuerdo

**SALIR**

# LLENADO DE LA SOLICITUD

- Deberá completar los pasos 1 a 8 según se muestra en la parte superior de cada pantalla. La mayoría de las personas solo debe ingresar información para los pasos 4 o 5.
- La solicitud busca información para averiguar el **TAMAÑO DEL UNIDAD FAMILIAR** y los **INGRESOS**.
- Puede navegar por las páginas utilizando los botones **“Anterior”** o **“Siguiente”** en la parte inferior de la pantalla.

8 pasos

Comience con el nombre del adulto

Haga click en el [Link Azul](#) para más información

Hoy es julio 14, 2021  
Contáctenos | Iniciar Sesión  
Idioma: Español

OKLAHOMA Health Care Authority Bienvenido  
Inscripción de Miembros

PASO 1 Personas y Contactos PASO 2 Impuesto del Hogar PASO 3 Ingreso del Hogar PASO 4 Gastos PASO 5 Seguro Médico PASO 6 Revisar PASO 7 Ciudadanía e Identidad PASO 8 Enviar

Paso 1 - Personas y Contactos

No use el botón de regreso de su navegador o haga una actualización de la pantalla.

El primer paso en el proceso de solicitud es decimos sobre todas las personas viviendo en el hogar. Comience con un adulto, si hay uno viviendo en la casa. Él o ella será la persona de contacto para el caso. La persona de contacto debe tener por lo menos 15 años de edad. Cuando haya terminado, seleccione "Siguiente" para continuar.

Campos requeridos están marcados con un asterisco(\*)

Información Personal

Nombre: \*  [Dígame más...](#)  
(Nombre completo legal como aparece en la tarjeta de Seguro Social, no un apodo; ejemplo: Joseph, no Joe; Susan, no Sue)

Segundo Nombre:

Apellido: \*

Sufijo:

Fecha de Nacimiento: \* mes  día  año

Género: \*  Masculino  Femenino

# LLENADO DE LA SOLICITUD

## PASO 1: Personas y contactos

Ingrese esta información para cada persona que usted considere parte de “su unidad familiar”.

- Nombre legal que coincida con la tarjeta de la Seguridad Social (u otro documento federal)
- Número de la Seguridad Social
- Fecha de nacimiento
- Sexo/género que coincida con la tarjeta de Seguridad Social

Para determinar si las personas también tienen derecho a otros tipos de SoonerCare, en la solicitud se pregunta si alguien:

- está cobrando seguro de desempleo
- ha estado en régimen de acogida
- es estudiante universitario
- es ciego o sufre una discapacidad
- necesita cuidados a largo plazo
- está en prisión o en la cárcel

**Todas las respuestas son válidas**

Hay una pregunta automática sobre embarazo para la mayoría de las mujeres. **Ambas respuestas, “Sí” y “No”, son válidas.** Las embarazadas pueden ser elegibles con niveles de ingresos más altos.

# LLENADO DE LA SOLICITUD

## PASO 1: Personas y contactos (Cont.)

En la solicitud, se le consulta a cada persona sobre **la residencia y la ciudadanía**.

- Para la pregunta, “¿Vive esta persona en Oklahoma?”  
**Deberá responder SÍ para poder acceder a SoonerCare.**

La solicitud formula la pregunta “¿Es esta persona un ciudadano estadounidense, un extranjero con documentación o ninguno de los anteriores?” y formulará preguntas sobre posible documentación.

- **NO es necesario que tenga los documentos en el momento;** sin embargo, deberá poder enviarlos después si fuera necesario.
- Ejemplo: Un **ciudadano estadounidense** no necesita el Certificado de Nacimiento en el momento, pero puede tener que mostrarlo más adelante.
- Ejemplo: Un **no ciudadano** con una tarjeta verde o una tarjeta de autorización de empleo (u otros documentos enumerados) solo tiene que ingresar los números de esas tarjetas. Quizás tenga que enviar una copia más adelante.
- Utilice el menú desplegable para ver una **lista de 11 documentos posibles**.

# LLENADO DE LA SOLICITUD

## PASO 1: Personas y contactos (Cont.)

Ingrese la **dirección de su hogar** (dónde vive ahora).

- **Opcional:** Se puede ingresar una dirección postal diferente. Si tiene un apartado de correos o una dirección permanente más conveniente para el servicio postal, puede ingresarla aquí.
- Si una carta de SoonerCare es devuelta debido a la incorrección de una dirección, su SoonerCare puede ser suspendido hasta que actualice su dirección.
- Si no va a ingresar una dirección postal diferente, seleccione la casilla que dice "Igual que la residencia".
- Ingrese su elección de **inglés o español para cartas**.
- Ingrese sus números de teléfono diurnos y nocturnos y si SoonerCare puede dejar mensajes.
- Ingrese una **dirección de correo electrónico a la que pueda acceder en este momento**. SoonerCare le enviará un código de registro para continuar con su solicitud.
- **Opcional:** Tiene la opción de nombrar a un representante autorizado que podrá hablar con SoonerCare en representación suya.

# LLENADO DE LA SOLICITUD

## PASO 1: Personas y contactos (Cont.)

La solicitud le pide que  **Cree una ID de usuario y una contraseña y que responda 3 preguntas de seguridad.**

**Anótelas o regístrelas en su teléfono** porque las necesitará para continuar la solicitud o actualizarla después.

Las instrucciones en pantalla le indicarán los siguientes pasos. Espere un correo electrónico de SoonerCare o de la Autoridad de Salud de Oklahoma (OHCA) con su código de registro para continuar.

**Crear una cuenta y luego buscar un correo de "mysoonercare"**

Identificación de Usuario: \*   
Su Identificación de Usuario debe: tener entre 8 y 20 caracteres de largo, no contener ningún espacio y contener solamente letras y números.

Contraseña: \*   
Reescriba Contraseña: \*   
Su contraseña debe ser entre 8 y 20 caracteres de largo, no debe tener ningún espacio, no debe contener su Identificación de Usuario y debe contener al menos 3 de los 4 siguientes tipos de caracteres:  
- Mayúsculas  
- Minúsculas  
- Números  
- Caracteres Especiales.

Correo electrónico: \*   
Dirección de correo electrónico para el contacto familiar puede utilizarse como un usuario alternativo al iniciar sesión mas adelante para recuperar la aplicación.

Lenguaje Escrito: \*   
Por favor, elija el idioma que le gustaría que los correos electrónicos de comunicación de OHCA fueran enviados.

**CONTINUAR**

# LLENADO DE LA SOLICITUD

## PASO 1: Personas y contactos (Cont.)

Vuelva a MySoonerCare.org para continuar su solicitud.

Ingrese su nueva **ID de usuario y contraseña.**

 Bienvenido [Contáctenos](#)

Inscripción de miembros Idioma: [Español](#)

**Inicie Sesión o Cree Su Cuenta**

 No use el botón de regreso de su navegador o haga una actualización de la pantalla.

Para ingresar a su cuenta existente, Por favor ingrese su Usuario o dirección de correo electrónico debajo, junto con su contraseña. Este nombre de usuario puede haber sido creado por usted, su cónyuge o su representante autorizado.

Campos requeridos están marcados con un asterisco ( \* ). Puede ingresar un Nombre de Usuario (o Dirección de correo electrónico) para comenzar la solicitud, pero al menos se requiere uno junto con la contraseña.

Identificación de Usuario o Dirección de Correo Electrónico: \*  [¿Olvidó su Identificación o Contraseña?](#)

Contraseña: \*  [¿Olvidó su Contraseña?](#)

**INICIAR SESIÓN**

**Ingrese su Identificación de Usuario y la Contraseña**

**Si tiene alguna dificultad, llame al 1-800-987-7767**

# LLENADO DE LA SOLICITUD

## PASO 1: Personas y contactos (Cont.)

El sitio web le pedirá su **código de registro**.  
La solicitud continúa después de visitar MySoonerCare.org nuevamente.  
Haga clic en “Continuar”.



**OKLAHOMA**  
Health Care Authority

Welcome Shiela Burns

Member Enrollment

[Change Password](#) | [Contact Us](#) | [Log Off](#)

Language: English ▼

### Account Registration

Do not use your browser back button or do a screen refresh.

To register your account, please enter the registration code that was provided in the registration email.

Required fields are marked with an asterisk (\*).

Registration code: \*

[Send me registration email again.](#)

REGISTER

KjLanv

LF80Wn

ORN3tw

kjLanv

YbJOEQ

xNyf53

**Ingrese el “código de registro”  
del correo de confirmación**

**Si necesita un código PIN,  
llame al 1-800-987-7767**

# LLENADO DE LA SOLICITUD

## PASO 1: Personas y contactos (Cont.)

Para sumar el **tamaño de la unidad familiar** para cada persona, la solicitud formula preguntas acerca de la relación entre adultos y niños.

- **Todas las respuestas son válidas.**
- **Las relaciones entre personas del mismo sexo son válidas.**
- **No estar casado es válido.**

# LLENADO DE LA SOLICITUD

## PASO 1: Personas y contactos (Cont.)

Si hay **niños en la unidad familiar**, la solicitud preguntará si ambos progenitores del niño figuran en el **hogar**.

- Si el otro progenitor **NO** figura en el hogar, se planteará una pregunta sobre "Cooperación con la manutención del niño".
- Si la respuesta es "No," generalmente significa que los niños recibirán SoonerCare, pero los adultos, no.
- Para evitar este requisito puede presentar un **reclamo de "causa suficiente"** que implica la presentación de una carta de un amigo, un pastor, un asistente social, etc. que diga que los adultos o los niños pueden verse perjudicados si usted coopera con su manutención.
- Para obtener más información, llame a SoonerCare: 1-800-987-7767  
O a Servicios de Apoyo a la Infancia: 405-522-2273

Para sumar el **tamaño de la unidad familiar** para cada niño, la solicitud formula preguntas acerca de la relación entre los niños.

- **Todas las respuestas son válidas:** hermanastros y medios hermanos cuentan igual.
- En ocasiones, un niño tiene un **tamaño de unidad familiar** mayor, lo que hace que SoonerCare esté a disposición con ingresos más altos.

FIN DEL PASO 1

# LLENADO DE LA SOLICITUD

## PASO 2: Hogar fiscal

**\*NO HAY QUE PRESENTAR DECLARACIONES DE IMPUESTOS PARA SOONERCARE\***

**No hay obligación de declarar impuestos** ni en el pasado ni en el futuro.

Esta es una sección de tipo “qué pasa si”. Una forma que permite sumar el tamaño de la unidad familiar consiste en preguntar: "Si se presentara una declaración, ¿qué adultos y niños se incluirían en la declaración de impuestos?"

Para cada persona en la solicitud, formula las siguientes preguntas:

- "Estado de declaración de impuestos".
  - Las opciones son (Declarante de impuestos), (Dependiente), (No declarante).
  - En general, los adultos son (Declarante de impuestos) y los niños son (Dependiente)
- "Categoría de declaración del contribuyente". **Cualquier respuesta es válida.**
  - La solicitud pregunta por la relación entre adultos y niños.

## FIN DEL PASO 2

# LLENADO DE LA SOLICITUD

## PASO 3: Ingresos

- Todos los ingresos son "brutos", es decir, antes de cualquier deducción o sustracción fiscal.
- Los ingresos se refieren a **este mes o a este momento**.
- Tener \$ 0 ingresos o estar desempleado es válido. **No hay ningún requisito laboral**.
- Si usted es **autónomo**, responda "Sí" a "ingresos por trabajo", a continuación busque la pregunta referida al empleo autónomo en la página siguiente. Los ingresos de los autónomos son "netos" después de las deducciones empresariales.
- Los importes de los ingresos se pueden ingresar como semanales, cada dos semanas, dos veces al mes o mensuales.
  - Si gana \$10/hora y trabaja 30 horas/semana: \$300 semanalmente.
  - Si gana \$250/semana antes de las deducciones: \$250 semanalmente.
  - Si recibe su paga cada quince días, use "Cada dos semanas".
- Ingrese el nombre, la dirección y el teléfono del empleador. Utilice la información del recibo de sueldo.
- No necesita la identificación federal del empleador (FEIN).
- La solicitud le preguntará si se realizó correctamente la correspondencia con el Empleador o simplemente marque "Usar lo que ingresé".

# LLENADO DE LA SOLICITUD

## PASO 3: Ingresos (Cont.)

**Otros ingresos:** Si una persona recibe SSI (Ingreso de Seguridad Suplementario), ingrese la cantidad ya que podría hacerlo acreedor a otros servicios. **El SSI no se computa en los límites de ingresos totales de la unidad familiar para Soonercare.**

También ingrese los importes (antes de deducciones) de:

- Jubilación o pago por discapacidad de la Seguridad Social.
- Desempleo (cantidad básica, no los 300 \$ extra/semana).
- Pensión alimenticia (si se recibe este mes).
- Ingresos por alquileres o cánones y otras categorías enumeradas.

**NO** incluyen:

- Compensación laboral
- Ingresos de los veteranos (VA)
- TANF
- SNAP (cupones de alimentos)
- Ayuda a la vivienda
- WIC
- Manutención de los hijos

\* Repita estos pasos para cada persona en de la unidad familiar que tenga ingresos, incluidos los niños\*

FIN DEL PASO 3

# LLENADO DE LA SOLICITUD

## PASO 4: Gastos o deducciones de los ingresos

Marque **NO** para la mayoría de las personas.

Marque **SÍ** si la persona tiene alguno de estos ingresos:

- Pago de pensión alimenticia
- Pago de intereses de préstamos estudiantiles
- Gastos de educador

**En el caso de los autónomos, marque la casilla SÍ** para ingresar el impuesto sobre el trabajo autónomo, la cuenta de ahorro para la salud, la deducción del IRA, etc. Consulte las pantallas de la solicitud.

FIN DEL PASO 4

# LLENADO DE LA SOLICITUD

## PASO 5: Otro Seguro de salud

**La mayoría de los solicitantes de SoonerCare marcan NO** porque no tienen un seguro médico actual proveniente de un trabajo o Medicare.

**Toda persona que tenga un seguro médico actual proveniente de un trabajo o Medicare, deberá marcar SÍ.** (En ocasiones, SoonerCare puede ser un plan adicional para complementar otro seguro médico.)

- **Ingrese la información de la identificación de la empresa de seguros en la solicitud.**

## FIN DEL PASO 5

# LLENADO DE LA SOLICITUD

## PASO 6: Revisión de la información

La pantalla de la solicitud le muestra toda la información que ha ingresado para todos los miembros de la unidad familiar. Revise esta información para comprobar si es correcta.

- Use los enlaces azules “**Cambiar**” a la derecha para realizar cualquier cambio en cada sección.
- Busque la casilla azul en la parte inferior derecha que indica “**No hay más cambios.**”

## FIN DEL PASO 6

# LLENADO DE LA SOLICITUD

## PASO 7: Ciudadanía e identidad (Si fuera necesaria más información).

**Si se necesita más información en relación con la ciudadanía o la identidad, aparecerá esta pantalla.**

**Busque en el enlace azul a la izquierda referido a "¿Qué documentación se acepta como prueba?".**

FIN DEL PASO 7

# LLENADO DE LA SOLICITUD

## PASO 8: Enviar solicitud

Lea la información en la pantalla y utilice el cuadro azul para **Enviar**.

Si la pantalla le solicita elegir un Médico de Atención Primaria (PCP), la solicitud fue aprobada.

Consulte la pantalla **Mis Beneficios** (ejemplo en la página siguiente). Para cada persona, aparecerá (Aprobado), (Temporal) o (Denegado).

Busque en la pantalla si debe presentar más información, como la relativa a los ingresos.

- Es posible cargar fotografías de recibos de sueldo u otros documentos en el sitio web.
- Consulte “Ver/Cargar Documentos” en la parte inferior izquierda de la pantalla.

Para imprimir la tarjeta SoonerCare, diríjase a la parte inferior derecha de la pantalla para “Obtener Tarjeta de ID”. Puede tomar una fotografía de su tarjeta de identificación con su teléfono móvil para mostrarla en las oficinas.

¡La cobertura SoonerCare suele comenzar el mismo día de su solicitud!

\* FIN DE LA SOLICITUD \*

# RESULTADOS

Hoy es 1ro de Junio 2021



Welcome [Redacted]

[Cambio de contraseña](#) [Contáctenos](#) [Desconectarse](#)

MIS BENEFICIOS

Idioma: Español

<b>BENEFICIOS VIGENTES</b>			
SU NUM. DE CASO ES:			
<b>¡Aprobado!</b>			
JEFF [Redacted] ID: B239 [Redacted]	Fecha de comienzo		
Programa	INICIO	TERMINA	ESTADO
<input checked="" type="checkbox"/> SoonerCare-Adults	07/01/2021	05/31/2022	APROBADO

**Actualizar/Renovar**  
Mi aplicación

**Cambiar**  
Información de Contacto (dirección, número de teléfono, correo electrónico,) y Representante Autorizado

**Seleccionar/Cambiar**  
mi Proveedor

**Cambiar**  
Contraseña

**Quiero**

- Obtener Tarjeta de Identificación
- Terminar Beneficios
- Ver mis cartas **NO LEIDAS**
- Ver/Cargar Documentos
- Ver definiciones de programas
- Contacte a Federally Facilitated Marketplace

**Ver/Cargar Documentos**  
Ver o Cargar Sus Documentos  
 Leer los requisitos

**Danos Tu Opinión**  
Queremos brindarte un mejor servicio. Por favor haz [clic aquí](#) para realizar una encuesta acerca de tu experiencia con esta aplicación.

**Evaluación de Salud.**  
A SoonerCare le importa su salud. Para ayudarnos a servirte, por favor tome un momento para completar [la evaluación de salud](#).

**Otros Programas**  
 Registro de Votantes

Tome una imagen con su teléfono para fácil acceso

**Comuníquese con la línea de ayuda de  
SoonerCare al 1-800-987-7767 para obtener  
asistencia adicional.**