

# ¡ESTA TEMPORADA DE IMPUESTOS, CONÉCTESE CON UN SEGURO DE SALUD GRATIS O A BAJO COSTO!

**AHORA ESTE PROGRAMA DE INSCRIPCIÓN FÁCIL PARA LOS HABITANTES DE MARYLAND QUE NO TIENEN SEGURO DE SALUD, ESTARÁ INCLUIDO EN EL FORMULARIO DE IMPUESTOS DE MARYLAND.**

Responda hasta el 15 de abril las nuevas preguntas en su declaración de impuestos del estado y podrá enterarse de sus opciones de seguro de salud en el sitio: [MarylandHealthConnection.gov/espanol](http://MarylandHealthConnection.gov/espanol).

## CÓMO FUNCIONA

1. En sus formularios de impuestos 502 y 502B de 2019, marque las casillas que preguntan si usted, su cónyuge y/o sus dependientes no tienen cobertura de atención médica. Ingrese las fechas de nacimiento.
2. Marque la casilla que le pregunta si autoriza al Comptroller de Maryland a compartir información de su declaración de impuestos con Maryland Health Benefit Exchange, que es la agencia estatal encargada de Maryland Health Connection.
3. Unos días después recibirá por correo una carta de Maryland Health Connection, en la que le informarán si pudiera ser elegible para un seguro médico y obtener cobertura gratis o a bajo costo.
4. Siga las instrucciones indicadas en la carta para solicitar seguro médico, y visite [MarylandHealthConnection.gov/espanol](http://MarylandHealthConnection.gov/espanol), llame al 855-642-8572, o reciba asistencia gratuita y en persona de expertos capacitados en todo el estado.

**MARYLAND FORM 502 RESIDENT INCOME TAX RETURN** 195020149 **2019** Page 2

NAME \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

**MARYLAND HEALTH CARE COVERAGE**  
See Instruction 30.

Check here  if you do not have health care coverage DOB (mm/dd/yyyy) ▶ \_\_\_\_\_

Check here  if your spouse does not have health care coverage DOB (mm/dd/yyyy) ▶ \_\_\_\_\_

Check here  I authorize the Comptroller of Maryland to share information from this tax return with the Maryland Health Benefit Exchange for the purpose of determining pre-eligibility for no-cost or low-cost health care coverage.

E-mail address ▶ \_\_\_\_\_

1. Adjusted gross income from your federal return. . . . . ▶ 1. \_\_\_\_\_

**MARYLAND FORM 502B Dependents' Information** (Attach to Form 502, 505 or 515.) 19502B049 **2019**

**Dependents** (If a dependent listed below is age 65 or over, check both 4 and 5.)

▶ 1. First Name _____ MI _____ Last Name _____ Social Security Number _____ Relationship _____ Regular _____ 65 or over _____	Check here <input type="checkbox"/> if this dependent does not have health care coverage DOB (MM/DD/YYYY) ▶ _____
▶ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	

▶ 1. First Name _____ MI _____ Last Name _____ Social Security Number _____ Relationship _____ Regular _____ 65 or over _____	Check here <input type="checkbox"/> if this dependent does not have health care coverage DOB (MM/DD/YYYY) ▶ _____
▶ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	

Después del 1º de enero 2020 si tiene preguntas sobre su elegibilidad, llame al Centro de Atención al Cliente de Maryland Health Connection al **855-642-8572**.

Si tiene preguntas sobre su declaración de impuestos, llame a la Oficina del Comptroller de Maryland al **1-800-MD-TAXES (1-800-63-82937)**.

**FECHA LÍMITE PARA LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS ES EL 15 DE ABRIL**