



CENTRAL HEALTH

Programa de Acceso Médico SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA

En la tabla de abajo, complete la primera línea con información sobre usted. Complete las líneas restantes con la información de todos los miembros de su hogar (esposo, esposa y niños menores de 18 años de edad).

NOMBRE (Apellido, Primer, Segundo)	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN Escoja uno Yo Esposa Niño Nieta Otro	ESTADO CIVIL Escoja uno Soltero Casado Divorciado Viudo Otro	GÉNERO	RAZA	ESTATUS DE RESIDENCIA DE EE.UU. Elige uno Ciudadano EE.UU. Residente legal permanente Ninguno	¿SEGURO MÉDICO? (CHIP/CHIP Perinatal, Medicaid, Medicare, Seguro médico privado, Ninguno)	¿ESTA EN LA ESCUELA? (Sí/No)

Dirección Postal (Calle o Apdo.)	Apto. #	Ciudad	Condado
Domicilio particular, si es diferente a la dirección de arriba			
Número de Teléfono de Casa	Otro Número de Teléfono		

1. ¿Cuál es su idioma principal?

Escoja uno: inglés, español, lenguaje de señas, vietnamita, otro

2. ¿Planea presentar una declaración de impuestos federales para el año en curso?

Sí NO Si **SÍ**, nombre sus dependientes: _____



La palabra "Hogar" en las preguntas #3-#8 se refiere a: usted, su esposo/a, y niños menores de 18 años de edad. No necesita incluir información sobre personas que viven con usted que no son parte de su hogar.

3. Arreglos de Vivienda (Marque todas las casillas que aplican a su hogar):

- Soy dueño/Rento/Vivo con alguien más
- Sin hogar
- Transicional

4. ¿Está usted o alguien en su hogar embarazada?

- Sí
- NO
- Si **SÍ**, ¿Necesita ayuda para solicitar cobertura de Medicaid o CHIP Perinatal? Sí NO

5. ¿Usted o alguien en su hogar ha sido declarado discapacitado a través del Seguro Social?

- Sí
- NO
- Si **SÍ**, ¿Quién? _____

6. ¿Todos los miembros del hogar planean permanecer en el condado de Travis?

- Sí
- NO
- Si **NO**, ¿Quién? Y Explique: _____

7. ¿Es usted o alguien en su hogar un residente permanente legal patrocinado? Los ingresos de un Patrocinador se contarán como parte de los ingresos del hogar durante los primeros tres años.

- Sí
- NO

Si **SÍ**, indique el nombre de la persona patrocinada y nombre del patrocinador: _____

8. Apunte los ingresos de su hogar a continuación. Asegúrese de incluir: Cheques del gobierno; ingresos de trabajo o de capacitación; dinero que recibe de cobros de cuarto y comida; regalos en efectivo, o aportaciones de sus padres, familiares, amigos, y otras personas; los ingresos del patrocinador; manutención de niños y pagos por desempleo.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre del patrón, persona o agencia que paga el dinero	Cantidad bruta recibida (antes de las deducciones)	¿Con que frecuencia lo recibe? (diariamente, por semana, cada quincena, dos veces al mes, una vez al mes)



APPLICANT'S RESPONSIBILITIES:	RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE:
<p>I certify under penalty of perjury that the information I have provided on this application is true and correct to the best of my knowledge. I agree to allow Central Health to verify my statements made on this application with the appropriate source (e.g., SSA, Employer). If any information is determined to be false, Central Health may end coverage. I understand and agree to report any changes on this application to Central Health within 10 working days of the change occurring. Examples of changes that should be reported to Central Health include changes in:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. address b. family size c. income d. pregnancy e. eligibility for Supplemental Security Income (SSI) f. eligibility for other health coverage such as Medicaid <p>If an unreported change is identified by Central Health, I understand that my coverage may be terminated. I also understand that this application will be considered without regard to ethnicity, color, religion, creed, national origin, gender, disabling condition, sexual orientation, or political belief.</p>	<p>Yo certifico bajo pena de perjurio que la información que yo he presentado en esta aplicación es verdad y correcta según mi entender. Estoy de acuerdo en que Central Health verifique mis declaraciones en esta aplicación con las agencias apropiadas (por ejemplo Seguro Social, Empleador). Si alguna información es determinada falsa, Central Health podrá terminar la cobertura. Yo entiendo y estoy de acuerdo de informar a Central Health sobre cualquier cambio dentro de 10 días laborales de que suceda el cambio. Ejemplos de cambios que deben ser reportados a Central Health incluyen cambios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. domicilio b. tamaño de familia c. ingresos d. embarazo e. elegibilidad para el programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) f. elegibilidad para algún otro programa de salud como Medicaid <p>Si Central Health identifica un cambio no reportado, yo entiendo que mi cobertura puede ser terminada. También entiendo que esta solicitud será considerada sin tomar en cuenta el origen étnico, color, religión, credo, origen nacional, genero, condición de discapacidad, orientación sexual o creencia política.</p>
<p>RELEASE OF INFORMATION</p> <p>In the event that this Application for Coverage is accepted, I authorize any physician or other provider of health services to give the Plan Sponsor upon request, information concerning the health condition or treatment of any person included under such coverage whenever such information is considered necessary by the Plan Sponsor for proper disposition of a claim submitted for payment or in fulfillment of obligations imposed on the Plan Sponsor by state or federal statutes. A photocopy of this authorization is considered as valid as the original.</p>	<p>DISVULGACIÓN DE INFORMACIÓN</p> <p>Si la solicitud para servicios es aceptada, yo autorizo a cualquier médico u otro proveedor de servicios de salud, que comparta con el Patrocinador del Plan Médico la información sobre la condición médica o tratamiento médico de cualquier persona incluida bajo este cobertura, cuando la información es considerada necesaria por el Patrocinador del Plan Médico para la disposición adecuada de un reclamo presentado para pago o cumplimiento de obligaciones impuestas al Patrocinador del Plan Médico por estatutos estatales y federales. Una fotocopia de esta autorización es considerada tan válida como la original.</p>
<p>FOR THOSE WHO QUALIFY FOR MAP/MAP BASIC BENEFITS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medical Access Program (MAP) and MAP BASIC coverage is available only when an enrollee receives care from those physicians and other providers that have an arrangement with MAP/MAP BASIC to provide health services. • If a MAP/MAP BASIC enrollee is treated by a physician, dentist, hospital or other provider not covered by MAP/MAP BASIC, the enrollee is responsible for paying for that care outside the MAP/MAP BASIC "network," or system. • Similarly, if a MAP/MAP BASIC provider ends the relationship with a MAP/MAP BASIC enrollee when the enrollee does not abide by the medical (or dental) treatment plan, or for other valid reasons, and another MAP/MAP BASIC provider is not available, the patient is responsible for obtaining and paying for that care outside the MAP/MAP BASIC network. • In summary, MAP/MAP BASIC coverage is only available when treatment is rendered by a current MAP/MAP BASIC provider. • I authorize the release of eligibility information to pharmaceutical companies which audit MAP/MAP BASIC enrollee records for bulk pharmacy program participation. 	<p>PARA LOS CLIENTES QUE CALIFICAN PARA LOS BENEFICIOS DE MAP/MAP BASIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cobertura del Programa de Acceso Médico (MAP) y MAP BASIC está disponible solamente cuando un miembro recibe cuidado de los médicos y otros proveedores que tienen un acuerdo con MAP/MAP BASIC para proveer servicios. • Si un miembro de MAP/MAP BASIC es tratado por un médico, dentista, hospital u otro proveedor que no está en la "grupo" o sistema de MAP/MAP BASIC, el miembro es responsable de pagar por el cuidado que recibió fuera del grupo de MAP/MAP BASIC. • Del mismo modo, si un proveedor de MAP/MAP BASIC termina la relación con un miembro de MAP/MAP BASIC cuando el miembro no cumple con el plan del tratamiento médico (o dental), o por otras razones válidas, y otro proveedor de MAP/MAP BASIC no está disponible, el paciente es responsable de obtener y pagar por ese cuidado fuera del grupo de MAP. • En resumen, la cobertura de MAP/MAP BASIC está disponible solamente cuando el tratamiento es dado por un proveedor de MAP/MAP BASIC. • Autorizo la entrega de información de elegibilidad a compañías farmacéuticas que hacen auditoría a los archivos de miembros de MAP/MAP BASIC para participación en el programa de farmacia de bulo.

_____ Signature of Applicant/Firma del Cliente	_____ Date/Fecha	_____ Member ID/ Número de Identificación
_____ Signature of Spouse/Firma del Esposo(a)	_____ Date/Fecha	_____ Member ID/Número de Identificación
_____ Signature of Applicant Designee/Firma del Designado (por Cliente)	_____ Date/Fecha	_____ Relationship to Applicant/Relación al Cliente
_____ Signature of Program Representative/Firma del Representante del Programa	_____ Date/Fecha	



Required Documents/Documentación Solicitada

- A. **Once you have completed the application, please make sure you have included:**
Una vez que haya completado la solicitud, por favor asegúrese de haber incluido lo siguiente:
- Identification**, such as: any state issued driver's license, ID card, passport, school or employment identification with a picture, INS document with picture.
 - Identificación**, por ejemplo: cualquier licencia de conducir emitida por el estado, tarjeta de identificación, pasaporte, identificación escolar o laboral con foto, documento de INS con foto.
 - US Residency**, such as: birth certificate for all family members if available. If not a U.S. citizen, provide applicable documentation (i.e. VISA, Legal Permanent Resident Card, Etc.).
 - Residencia en Estados Unidos**, por ejemplo: acta de nacimiento para todos los miembros de la familia si están disponibles. Si no es ciudadano estadounidense, proporcionar documentación aplicable (por ejemplo, VISA, tarjeta de residente permanente legal, etc.)
 - Proof of address**, such as: electric bill, telephone bill, gas bill, lease agreement, rent receipt, tax receipt, or landlord's statement.
 - Comprobante de domicilio**, por ejemplo: factura de electricidad, teléfono o gas; el contrato de alquiler; el recibo del pago de alquiler o impuestos; o una carta del dueño de casa.
 - Proof of income**, such as: check stubs, child support receipts or printout from Domestic Relations, proof of TANF grant amount, Workers Compensation check stubs or benefits letter, Social Security benefits letter, Veterans Administration benefit letter, unemployment benefits letter, letter indicating cash contributions, or retirement benefits letter.
 - Comprobante de ingresos**, por ejemplo: talones de cheque, recibos de manutención de niños o una copia impresa de la oficina de Relaciones Familiares, comprobante del monto asignado por TANF, talones de cheque o la carta de beneficios por compensación laboral, carta de beneficios del Seguro Social, de la Administración de Veteranos o de desempleo, una carta que indique las contribuciones en efectivo o la carta de beneficios por jubilación.
 - Proof of health insurance**, such as: Medicare Card, Private health insurance card, Medicaid/CHIP Card, or QMB letter.
 - Comprobante de seguro de salud**, por ejemplo: la tarjeta de Medicare, la tarjeta del seguro de salud privado, la tarjeta de Medicaid/CHIP o carta de QMB.
- B. **All documents must be current and/or dated within the last 30 days.**
Toda la documentación debe estar al día o estar fechada dentro de los últimos 30 días.
- C. **Please photocopy requested required documents. Keep your originals for your records.**
Por favor, fotocopie la documentación solicitada. Conserve los originales como constancia.

Submitting Your Application/Entrega de la Solicitud

Please make sure you complete this application and mail it back with all required documents to:
Por favor, asegúrese de completar esta solicitud y enviarla por correo con toda la documentación solicitada a:

Eligibility Services
P.O. Box 300489
Austin, TX 78703

Questions/Preguntas

If you have questions, please contact our Eligibility Services Customer Service Center at 512-978-8130.
Si tiene preguntas, por favor póngase en contacto con nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente al 512-978-8130.