



CENTRAL HEALTH

Medical Access Program
APPLICATION FOR HEALTH CARE ASSISTANCE

On the chart below, fill in the first line with information about yourself. Fill in the remaining lines for all members of your household (spouse and children under 18 years of age).

Table with 9 columns: NAME (Last, First, Middle), DOB, RELATIONSHIP, MARITAL STATUS, SEX, RACE, U. S. Residency Status, MEDICAL INSURANCE?, IN SCHOOL?. Includes dropdown options for each category.

Mailing Address (Street or P.O. Box), Apt. #, City, County, Home Address, if different from above., Home Telephone Number, Other Telephone Number.

1. What is your primary language?

Choose one: Arabic, Burmese, Cantonese, English, Karen, Mandarin, Nepali, Other, Sign Language, Spanish, Vietnamese

2. Do you plan to file a federal income tax return for the current year?

YES NO If YES, list your dependents? \_\_\_\_\_



The word "household" in Questions #3-#8 refers to: **you, your spouse, and children under 18 years of age.** You do not need to include information on people who live with you but are not part of your "household."

**3. Living Arrangements** Check all boxes that apply to your household:

- Own/Rents/Lives with someone
- Homeless
- Transitional

**4. Are you or is anyone in your household pregnant?**

- YES
- NO
- If YES, do you need assistance applying for Medicaid or CHIP Perinatal?  YES  NO

**5. Have you or anyone in your household been declared disabled through SSA?**

- YES
- NO
- If YES, who? \_\_\_\_\_

**6. Do all family members plan to remain in Travis County?**

- YES
- NO
- If NO, who and explain: \_\_\_\_\_

**7. Are you or anyone in your household a Legal Permanent Resident being sponsored? A Sponsor's income will be counted as part of the household income for the first three years.**

- YES
- NO

If YES, give the name of who is being sponsored and the name of the sponsor: \_\_\_\_\_

**8. List all of your household's income below. Be sure to include the following: Government checks; money from training or work; money you collect from charging room and board; cash gifts or contributions from parents, relatives, friends, and others; sponsor's income; child support; and unemployment.**

Name of person receiving money	Name of agency, person, or employer who provides the money	Gross amount received (before tax deductions)	How often received? (daily, weekly, twice a month, monthly?)



<b>APPLICANT'S RESPONSIBILITIES:</b>	<b>RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE:</b>
<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>	<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"> <li>a. address</li> <li>b. family size</li> <li>c. income</li> <li>d. pregnancy</li> <li>e. eligibility for Supplemental Security Income (SSI)</li> <li>f. eligibility for other health coverage such as Medicaid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. domicilio</li> <li>b. tamaño de familia</li> <li>c. ingresos</li> <li>d. embarazo</li> <li>e. elegibilidad para el programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)</li> <li>f. elegibilidad para algún otro programa de salud como Medicaid</li> </ul>
<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>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><b>RELEASE OF INFORMATION</b></p>	<p><b>DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN</b></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>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><b>FOR THOSE WHO QUALIFY FOR MAP/MAP BASIC BENEFITS:</b></p>	<p><b>PARA LOS CLIENTES QUE CALIFICAN PARA LOS BENEFICIOS DE MAP/MAP BASIC:</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• In summary, MAP/MAP BASIC coverage is only available when treatment is rendered by a current MAP/MAP BASIC provider.</li> <li>• I authorize the release of eligibility information to pharmaceutical companies which audit MAP/MAP BASIC enrollee records for bulk pharmacy program participation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• En resumen, la cobertura de MAP/MAP BASIC está disponible solamente cuando el tratamiento es dado por un proveedor de MAP/MAP BASIC.</li> <li>• 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 bulito.</li> </ul>

_____ Signature of Applicant/Firma del Cliente	_____ Date/Fecha	_____ Member ID/ Número de Identificación
_____ Signature of Spouse/Firma del Espos(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.