



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 | ESTATUS DE RESIDENCIA DE EE.UU.<br>Escoja uno:<br>•Ciudadano de EE.UU.<br>•Residente legal permanente<br>•Ninguno | SSN (Número de Seguro Social)<br>*Requerido para ciudadanos estadounidenses y residentes legales permanentes | ITIN (Número de identificación personal del contribuyente)<br>*Requerido solo si el IRS le ha emitido un ITIN | RELACIÓN<br>Escoja uno:<br>•Yo<br>•Esposo (a)<br>•Niño<br>•Nieto<br>•Otro | GÉNERO<br>Escoja uno:<br>•Femenino<br>•Masculino | RAZA<br>Escoja uno:<br>•Afroamericano<br>•Anglo<br>•Asiático<br>•Hispano<br>•Nativo-americano<br>•Otro |
|------------------------------------|---------------------|---|--|---|---|--|--|
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |
|                                    |                     |   |  |   |   |  |  |

|  |                         |        |         |
|--|-------------------------|--------|---------|
| 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:<br>inglés, español, lenguaje de señas, vietnamita, otro |
|---|

2. ¿Cuál es su estado civil?

|   |
|---|
| Escoja uno:<br>Soltero, Casado, Divorciado, Separado, Viudo, Otro |
|---|

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

NO    Si **SÍ**, nombre sus dependientes: \_\_\_\_\_



La palabra "Hogar" en las preguntas #4-#11 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.

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

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

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

- Sí  NO Si Sí, ¿Quién? \_\_\_\_\_  
¿Necesita ayuda para solicitar cobertura de Medicaid o CHIP Perinatal?  Sí  NO

6. ¿Usted o alguien en su hogar tiene cobertura de atención médica?

|                       |                             |                             |                |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| Medicaid              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | Si Sí, ¿Quién? |
| Medicare              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | Si Sí, ¿Quién? |
| CHIP                  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | Si Sí, ¿Quién? |
| CHIP Perinatal        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | Si Sí, ¿Quién? |
| Seguro Médico Privado | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | Si Sí, ¿Quién? |

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

- Sí  NO Si Sí, ¿Quién? \_\_\_\_\_

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

- Sí  NO Si NO, ¿Quién? Y Explique: \_\_\_\_\_

9. ¿Usted ó su familia se mudaron al Condado de Travis solamente con el propósito de obtener asistencia médica?

- YES  NO

10. ¿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: \_\_\_\_\_

11. 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 <b>bruta</b> recibida (antes de las deducciones) | ¿Con que frecuencia lo recibe? (diariamente, por semana, cada quincena, dos veces al mes, una vez al mes) | ¿Está en la escuela? No/Sí |
|---|---|---|---|----------------------------|
|   |   |   |   |                            |
|   |   |   |   |                            |
|   |   |   |   |                            |
|   |   |   |   |                            |



**RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE**

Los Programas de Acceso Médico (MAP, por sus siglas en inglés) y MAP BASIC de Central Health (de aquí en adelante, conjuntamente llamados los Programas) le ayudan a las personas a obtener acceso a cuidados médicos, cubriendo los gastos de ciertos servicios médicos. Su posibilidad de calificar para MAP o MAP BASIC depende de sus ingresos, el lugar donde usted vive, la disponibilidad de otras coberturas de seguros médicos, y la existencia de otras fuentes de pago para obtener cuidados médicos. Su etnicidad, raza, religión, creencias, país de origen, sexo, condiciones incapacitantes, orientación sexual, o ideología política no será tomada en consideración y no afectará su elegibilidad para estos Programas.

Mi firma abajo indica que todas las declaraciones que he hecho en relación con mi aplicación para obtener los beneficios de estos Programas, incluyendo todas las respuestas acerca de mis ingresos, Condado en el que vivo, y otras fuentes de pago, son reales y verdaderas según mi leal saber y entender. Entiendo que debido a que mi elegibilidad para estos Programas depende de mis respuestas a estas preguntas, cualquier omisión, incumplimiento o negativa en proporcionarle a Central Health la información requerida, o proporcionar información falsa o engañosa en respuesta a las preguntas de elegibilidad, podría resultar en que Central Health cancele mis beneficios bajo estos Programas y busque recuperar cualquier pago que haya hecho en mi nombre para la obtención de cuidados médicos.

Por este medio acuerdo notificar a Central Health de cualquiera de los cambios de vida listados a continuación dentro de los siguientes 14 días después la fecha en que ocurra dicho cambio:

- a. dirección de correo postal y número de teléfono
- b. dirección de mi hogar
- c. cualquier cambio de ingresos que afecte mi elegibilidad
- d. cantidad de personas que viven en mi hogar o si una de ellas resultara embarazada
- e. inscripción en Medicaid, CHIP, Medicare, o cualquier otro seguro médico privado, o ser notificado que califico para algún programa de cobertura que puede pagar mis cuidados

Si Central Health descubriera un cambio no reportado en cualquiera de estas cinco áreas fundamentales de mi aplicación, comprendo que podría cancelar mis beneficios bajo estos Programas y tomar cualquier medida que considere pertinente dentro de su autoridad, incluyendo presentar cargos civiles o criminales en mi contra.

Comprendo que mi inscripción en los Programas MAP y MAP Basic está condicionada a que he aceptado permitirle a Central Health verificar las declaraciones que he hecho en relación con mi aplicación para obtener los beneficios de estos Programas, y que el estado de mi inscripción podría seguir estando pendiente hasta que se haga esta verificación y se obtenga confirmación de una fuente confiable (por ejemplo, la Administración del Seguro Social o la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas). Además, también comprendo y acepto que Central Health podría solicitar que yo pague una porción del costo de mis cuidados médicos, y recuperar cualquier pago que haya hecho por mis cuidados médicos a una tercera parte, en caso yo hubiera presentado un reclamo por daños por lesiones personales.

Por último, acepto y certifico que mis iniciales indican:

\_\_\_\_\_ Mi autorización para que mi empleador, la Administración del Seguro Social, la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, y la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas liberen los expedientes de mis beneficios, inscripción, reclamos, salarios, y cualquier otro a Central Health; y

\_\_\_\_\_ Mi autorización tendrá una validez de 12 meses a partir de la fecha en que firme este formulario de Responsabilidades del Solicitante o hasta que yo revoque dicha autorización por escrito a Central Health;

\_\_\_\_\_ Mi aceptación de responsabilidad para asegurar que toda la información relacionada con mi dirección de correo postal, número de teléfono, y cualquier número de celular o dirección de correo electrónico que incluya bajo el siguiente párrafo es correcta y está actualizada (al día) en todo momento durante mi inscripción en los Programas; y

\_\_\_\_\_ (Opcional) Comprendo que existen riesgos al enviar mensajes de texto o correos electrónicos sin encriptar, y por este medio doy mi *consentimiento* a recibir información de Central Health relacionada con la programación de citas y el estado de mi aplicación, renovaciones, y cambios en la cobertura y beneficios de los Programas, por medio de:

Teléfono celular. Mi número de teléfono celular actual es \_\_\_\_\_.

Correo electrónico. Mi correo electrónico actual es \_\_\_\_\_.

-----  
Nombre del Solicitante

-----  
Nombre del Representante Personal (PR, por sus siglas en inglés)

-----  
Firma del Solicitante

-----  
Firma del Representante Personal

-----  
Número de Identificación del Programa

-----  
Relación del PR con el Solicitante

-----  
Fecha

-----  
Fecha



## Documentación Solicitada

### **A. Una vez que haya completado la solicitud, por favor asegúrese de haber incluido lo siguiente:**

- Copia de Identificación**, por ejemplo: Licencia de conducir, identificación con foto, pasaporte o tarjeta de pasaporte, identificación de estudiante, tarjeta de autorización de empleo, I-551 Tarjeta de Residencia Legal Permanente de Estados Unidos, I-94 con foto, etc.
- Residencia en Estados Unidos**, por ejemplo: por ejemplo: Acta de nacimiento, Certificado de Naturalización, Visa/Pasaporte, I-551 Tarjeta de Residencia Legal Permanente de los Estados Unidos, I-94 ect.
- Comprobante de domicilio**, por ejemplo: Factura de electricidad, de teléfono, de gas, el contrato de residencia, recibo de renta, recibo de impuestos, declaración del dueño/gerente de la casa, o correo con matasello.
- Comprobante de ingresos**, por ejemplo: Talones de cheques del empleo, recibos de manutención o listado de los pagos recibidos de la agencia de Relaciones Domesticas, comprobante de TANF reflejando cantidad de beneficio, talones de cheques de compensación del trabajador o de carta de beneficios, carta de beneficios del año corriente del Seguro Social o del departamento de la Administración de los Veterano, carta de beneficios del desempleo, carta indicando contribuciones financieras, carta de beneficios de jubilación/pensión del año corriente.
- Comprobante de otra cobertura de salud**, por ejemplo: Tarjeta de Medicare, seguro privado, Medicaid/CHIP o carta de HHSC de cobertura de Medicaid/CHIP para el mes corriente.

### **B. Toda la documentación debe estar al día o estar fechada dentro de los últimos 30 días.**

### **C. Fotocopie la documentación solicitada. Conserve los originales como constancia.**

## Entrega de la Solicitud

### **Asegúrese de completar esta solicitud y enviarla junto con copias de los documentos solicitados:**

- **En línea en:** [documentos.inscribaseamap.com](http://documentos.inscribaseamap.com)
- **Por correo a la siguiente dirección:** Medical Access Program  
P.O. Box 300489  
Austin, TX 78703
- **O envíelos por fax al:** 512-776-0457

## **Preguntas**

Si tiene preguntas, por favor póngase en contacto con nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente al 512-978-8130.