



Programa de Acceso Médico
SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA

First Name, Last Name
Mailing Address
City, State, Zip Code

MR#
Date Printed

Gracias por contactar a Central Health y solicitar una solicitud para cobertura de atención médica.

Información del Hogar

La palabra "hogar" se refiere a: usted, su esposo(a), y cualquier otra persona que viva con usted y con quien tenga una relación legal. No es necesario que incluya información sobre las personas que viven con usted pero que no forman parte de su "hogar".

Si la información de su hogar está preimpresa a continuación, revísela y haga las correcciones necesarias. Trace una línea a través del nombre(s) de cualquier persona que ya no esté en su hogar y/o agregue los nombres de los miembros adicionales del hogar que no se incluyeron a continuación.

Table with 6 columns: NOMBRE (Apellido, Primer, Segundo), RELACIÓN (Yo, Esposo(a), Niño(a), Nieto(a), Otro), Fecha de Nacimiento (mes/día/año), Estado de Residencia en EE.UU. (Ciudadano de EE.UU., Residente legal permanente, No es ciudadano estadounidense o residente legal permanente), SSN (Número de Seguro Social) *Requerido para ciudadanos estadounidenses y residentes legales permanentes, ITIN (Número de identificación personal del contribuyente) *Requerido solo si el IRS le ha emitido un ITIN. Row 1: Zzztest Test, Jane Doe, Yo, 9/23/1998, Ciudadano, 123-45-6789.



NOMBRE (Apellido, Primer, Segundo)	RAZA •Afroamericano •Anglo •Asiático •Hispano •Nativo-americano •Otro	DESCRIPCIÓN ÉTNICA •Hispano/Latino •No Hispano/No Latino	Sexo (en su acta de nacimiento) •Femenino •Masculino	Identidad de Género Hombre transgénero, Mujer transgénero, Género queer, No conforme, No binario, Otro, No deseo responder
Zzztest Test, Jane Doe	Afroamericano	No Hispano/No Latino	Femenino	

Dirección Física (Calle solamente, no apartado postal)	Apto. #	Ciudad	Código Postal	Condado
Dirección Postal, si es diferente al anterior (calle o apartado postal)				
Numero de Teléfono de Casa		Numero de Teléfono Celular		

Por favor responda todas las preguntas de esta solicitud.

1. ¿Cuál es su idioma principal? _____

2. ¿Cuál es su estado civil? _____

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

Sí NO

Si **SÍ**, nombre sus dependientes: _____

4. **¿Arreglos de Vivienda?** Marque todas las casillas que aplican a su hogar:

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

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?** Sí NO

Si Sí - Elija qué cobertura de atención médica y escriba el(los) nombre(s) de todos los miembros del hogar con seguro

<input type="checkbox"/> Medicaid	¿Quién?
<input type="checkbox"/> Medicare	¿Quién?
<input type="checkbox"/> CHIP	¿Quién?
<input type="checkbox"/> CHIP Perinatal	¿Quién?
<input type="checkbox"/> Seguro Médico Privado	¿Quién?

7. **¿Usted o alguien en su hogar ha sido declarado discapacitado a través de la Administración 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 o su familia se mudaron al Condado de Travis solamente con el propósito de obtener asistencia médica?**

Sí NO

10. **¿Es usted o alguien en su hogar un residente permanente legal patrocinado?**

Sí NO

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

Los ingresos de un patrocinador se contarán como parte de los ingresos del hogar durante los primeros tres años.

11. ¿Alguien en su hogar ha recibido algún ingreso en las últimas 4 semanas? Sí NO

Si **SÍ**, apunte los ingresos de su hogar a continuación. Asegúrese de incluir: Cheques del gobierno; ingresos de trabajo o entrenamiento; dinero que cobra por alojamiento y comida; obsequios monetarios, préstamos, o contribuciones en efectivo de padres, familiares, amigos, y otros; ingresos del patrocinador; manutención de menores; y pagos por desempleo.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre de la agencia, persona o empleador que proporciona el dinero	Cantidad bruta recibida (antes de las deducciones de impuestos)	¿Con que frecuencia lo recibe? (diariamente, semanal, quincenal, dos veces al mes, mensualmente)	¿Está en la escuela? Sí/No

Si la respuesta es **NO**, complete, firme y feche la declaración a continuación:

Yo, _____ certifico que mi hogar ha recibido cero ingresos en los últimos 30 días.

Firma: _____ Fecha: _____

12. Indique el promedio de sus gastos domésticos mensuales.

Gastos del Hogar	Cantidad
Alquiler/Hipoteca	\$
Servicios públicos (gas, electricidad, agua)	\$
Teléfono	\$
Transporte, como gasolina, pagos del automóvil, autobús	\$
Impuestos y seguros de vivienda por año	\$
Otro	\$
Otro	\$
Total	

Si usted no paga los gastos del hogar o los ingresos de su hogar no cubren el costo de sus gastos, por favor háganos saber cómo se pagan los gastos de su hogar. Si un familiar, amigo o agencia paga sus gastos, es posible que se le pida que proporcione una Declaración de Mantenimiento y Residencia.



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 - En letra de molde

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

Firma del Solicitante

Firma del Representante Personal

Fecha

Relación del PR con el Solicitante

Número de Identificación del Programa

Fecha



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 califco 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 - En Letra de molde

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

Firma del Solicitante

Firma del Representante Personal

Fecha

Relación del PR con el Solicitante

Número de Identificación del Programa

Fecha



CENTRAL HEALTH



Gracias por comunicarse con Central Health y solicitar una solicitud de cobertura de atención médica.

A continuación hay instrucciones sobre como completar el proceso de solicitud.

1. Responda todas las preguntas de la solicitud:

- Si algo no es correcto, tache la información incorrecta y escriba la información correcta.
- Si la pregunta está en blanco, proporcione una respuesta
- Si la pregunta no aplica a usted, escriba N/A. Por favor no deje la pregunta en blanco.

2. Proporcione una copia (no envíe originales) de lo siguiente:

- Una identificación con foto para todos los adultos en el hogar, tales como** la licencia de conducir, identificación con foto, pasaporte o tarjeta de pasaporte, identificación de estudiante, tarjeta de autorización de empleo, tarjeta de Residencia de los Estados Unidos I-551, I-94 con foto, etc.
- Uno de los siguientes documentos para todos los miembros del hogar:** Acta de nacimiento, certificado de naturalización, visa/pasaporte, I-551 tarjeta de Residencia de los Estados Unidos, I-94, registro bautismal, tarjeta de registro de votante, tarjeta de cruce de fronteras BCC
- Comprobante de domicilio con fecha de los últimos 30 días, tales como:** Correo postal con matasellos, factura de electricidad, teléfono o gas del ciclo de facturación más reciente, contrato de arrendamiento, recibo de alquiler, recibo de impuestos de la propiedad, declaración del arrendador, dueño o gerente de la casa
- Comprobante de ingresos recibidos en los últimos 30 días para todos los adultos, tales como:** Talones de cheques, carta de beneficios de desempleo, carta de beneficios del año actual de beneficios de Seguro Social, beneficios de la Administración de Veteranos, carta de beneficios de jubilación, carta indicando contribuciones en efectivo, recibos de manutención infantil o copia de los pagos recibidos de la agencia de Relaciones Domésticas, comprobante del monto de TANF recibido, talones de cheques de compensación del trabajador o carta de beneficios
- Tarjetas o carta de identificación del seguro médico para todos los miembros del hogar con seguro médico, tales como:** Tarjeta de Medicare, tarjeta de seguro médico privado, tarjeta de Medicaid/CHIP o carta de HHSC de beneficios de Medicaid/CHIP del mes actual

3. Cada miembro adulto del hogar debe escribir sus iniciales, firmar y fechar su propio formulario de las Responsabilidades del Solicitante

4. Envíe su solicitud y documentos

- En línea en: documentos.inscribaseamap.net
- Por correo en el sobre proporcionado
- Por fax al: 512-776-0457
- Entregue los documentos en el buzón ubicado en el Centro de Salud y Bienestar del Sureste o en la oficina de Elegibilidad del Noreste de Central Health

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a nuestro Centro de atención al cliente de elegibilidad al 512-978-8130.