MAP | CENTRAL HEALTH | MAP BASIC

Programa de Acceso Médico
SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA

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

MR#
Date Printed

Por favor complete toda la información que se le solicita. Si su información ha sido pre-ingresado, por favor revise cuidadosamente y haga las correcciones que sean necesarias. Haga una línea tachando cualquier información incorrecta y agregue la información correcta o incompleta.

Información del Hogar

La palabra "hogar" se refiere a: usted, su esposo(a), sus hijos y cualquier otra persona que viva con usted 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".

NOMBRE (Apellido, Primer, Segundo)	**Fecha de Nacimiento**	**Relación**	**Estado de Residencia en EE.UU.**	**Número de Seguro Social o ITIN** (Número de identificación tributario)	**Idioma preferido**
		☐Yo ☐Esposo(a) ☐Niño(a) ☐Nieto(a) ☐Otro	☐Ciudadano de EE.UU. ☐Residente legal permanente ☐No es ciudadano estadounidense o residente legal permanente		
		☐Yo ☐Esposo(a) ☐Niño(a) ☐Nieto(a) ☐Otro	☐Ciudadano de EE.UU. ☐Residente legal permanente ☐No es ciudadano estadounidense o residente legal permanente		
		☐Yo ☐Esposo(a) ☐Niño(a) ☐Nieto(a) ☐Otro	☐Ciudadano de EE.UU. ☐Residente legal permanente ☐No es ciudadano estadounidense o residente legal permanente		
		☐Yo ☐Esposo(a) ☐Niño(a) ☐Nieto(a) ☐Otro	☐Ciudadano de EE.UU. ☐Residente legal permanente ☐No es ciudadano estadounidense o residente legal permanente		
		☐Yo ☐Esposo(a) ☐Niño(a) ☐Nieto(a) ☐Otro	☐Ciudadano de EE.UU. ☐Residente legal permanente ☐No es ciudadano estadounidense o residente legal permanente		

MAP | CENTRAL HEALTH | MAP BASIC

NOMBRE (Apellido, Primer, Segundo) Incluya a todas las personas enumeradas en la primera página	**Raza**	**Descripción Étnica**	**Sexo** (en su acta de nacimiento)	**Identidad de Género**
	☐Indígena asiática ☐Negra o afroamericana ☐Indígena americana o nativa de Alaska ☐China ☐Filipina ☐Japonesa ☐Coreana ☐Vietnamita ☐Otra asiática ☐Nativa hawaiana ☐Guameña o chamorra ☐Samoana ☐Otra isla del Pacífico ☐Blanca ☐Más de una raza ☐No reportada/Elige no responder	☐Origen no hispano/latino/español ☐Mexicana/mexicano-americana/chicana ☐Puertorriqueña ☐Cubana ☐Otro ☐Elige no responder Desconocida	☐Femenino ☐Masculino	☐Femenina ☐Masculina ☐Hombre transgénero/ Masculino transgénero/ Transmasculino ☐Mujer transgénero/ Femenina transgénero/ Transfemenina ☐Otra ☐Elige no responder ☐Desconocida
	☐Indígena asiática ☐Negra o afroamericana ☐Indígena americana o nativa de Alaska ☐China ☐Filipina ☐Japonesa ☐Coreana ☐Vietnamita ☐Otra asiática ☐Nativa hawaiana ☐Guameña o chamorra ☐Samoana ☐Otra isla del Pacífico ☐Blanca ☐Más de una raza ☐No reportada/Elige no responder	☐Origen no hispano/latino/español ☐Mexicana/mexicano-americana/chicana ☐Puertorriqueña ☐Cubana ☐Otro ☐Elige no responder Desconocida	☐Femenino ☐Masculino	☐Femenina ☐Masculina ☐Hombre transgénero/ Masculino transgénero/ Transmasculino ☐Mujer transgénero/ Femenina transgénero/ Transfemenina ☐Otra ☐Elige no responder ☐Desconocida
	☐Indígena asiática ☐Negra o afroamericana ☐Indígena americana o nativa de Alaska ☐China ☐Filipina ☐Japonesa ☐Coreana ☐Vietnamita ☐Otra asiática ☐Nativa hawaiana ☐Guameña o chamorra ☐Samoana ☐Otra isla del Pacífico ☐Blanca ☐Más de una raza ☐No reportada/Elige no responder	☐Origen no hispano/latino/español ☐Mexicana/mexicano-americana/chicana ☐Puertorriqueña ☐Cubana ☐Otro ☐Elige no responder Desconocida	☐Femenino ☐Masculino	☐Femenina ☐Masculina ☐Hombre transgénero/ Masculino transgénero/ Transmasculino ☐Mujer transgénero/ Femenina transgénero/ Transfemenina ☐Otra ☐Elige no responder ☐Desconocida
	☐Indígena asiática ☐Negra o afroamericana ☐Indígena americana o nativa de Alaska ☐China ☐Filipina ☐Japonesa ☐Coreana ☐Vietnamita ☐Otra asiática ☐Nativa hawaiana ☐Guameña o chamorra ☐Samoana ☐Otra isla del Pacífico ☐Blanca ☐Más de una raza ☐No reportada/Elige no responder	☐Origen no hispano/latino/español ☐Mexicana/mexicano-americana/chicana ☐Puertorriqueña ☐Cubana ☐Otro ☐Elige no responder Desconocida	☐Femenino ☐Masculino	☐Femenina ☐Masculina ☐Hombre transgénero/ Masculino transgénero/ Transmasculino ☐Mujer transgénero/ Femenina transgénero/ Transfemenina ☐Otra ☐Elige no responder ☐Desconocida
	☐Indígena asiática ☐Negra o afroamericana ☐Indígena americana o nativa de Alaska ☐China ☐Filipina ☐Japonesa ☐Coreana ☐Vietnamita ☐Otra asiática ☐Nativa hawaiana ☐Guameña o chamorra ☐Samoana ☐Otra isla del Pacífico ☐Blanca ☐Más de una raza	☐Origen no hispano/latino/español ☐Mexicana/mexicano-americana/chicana ☐Puertorriqueña ☐Cubana ☐Otro ☐Elige no responder Desconocida	☐Femenino ☐Masculino	☐Femenina ☐Masculina ☐Hombre transgénero/ Masculino transgénero/ Transmasculino ☐Mujer transgénero/ Femenina transgénero/ Transfemenina ☐Otra ☐Elige no responder

	☐No reportada/Elige no responder			☐Desconocida

Residencia: Si usted, el aplicante, actualmente está sin hogar, por favor ingrese la ubicación donde usted duerme en la noche. En el cuadro que pide una dirección física, usted puede usar la intersección de las calles o el albergue donde usted duerme. Usted también debe incluir la ciudad, condado, y código postal donde duerme; si usted desconoce el código postal, use el 78701.

¿Actualmente no tiene hogar? ☐ **Sí** ☐ **No**

Dirección Física (Calle solamente, no apartado postal)	**Apto. #**	**Ciudad**	**Código Postal**	**Condado**
Dirección Postal, si es diferente al anterior (calle o apartado postal)				
Número de Teléfono de Casa	**Número de Teléfono Celular**			
Dirección de correo electrónico	**Acepto recibir mensajes de texto** ☐SÍ ☐NO			
	Acepto recibir mensajes de correo electrónico ☐ SÍ ☐NO			

Comprendo que hay riesgos asociados con el envío de mensajes de texto y correos electrónicos no cifrados y *acepto* recibir información de Central Health relacionada con la programación de mis citas, el estado de mi aplicación, renovaciones, y cambios a la cobertura y/o servicios del programa.

Por favor responda <u>todas</u> las preguntas de esta solicitud.

1. **¿Cuál es su estado civil?**
   ☐Soltero/a ☐Casado/a ☐Divorciado/a ☐Separado/a ☐Viudo/a ☐Otro

2. **¿Está usted o alguien en su hogar embarazada?** ☐ SÍ ☐ NO

   Si **SÍ**, ¿Quién? _____

3. **¿Alguien en su hogar ha recibido algún ingreso en las últimas 30 días?** ☐ SÍ ☐ NO

   Si SÍ, apunte los ingresos de su hogar a continuación. Asegúrese de incluir: Cheques del gobierno; ingresos de trabajo o entrenamiento; ingresos del patrocinador; manutención de menores; y pagos por desempleo.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Tipo de ingresos recibidos	Cantidad **bruta** recibida **(antes de las deducciones de impuestos)**	¿Con que frecuencia lo recibe?	Número de teléfono del empleador
	☐Salarios ☐Negocio propio ☐Beneficios del seguro social ☐Beneficios por desempleo ☐Otros		☐Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente	
	☐Salarios ☐Negocio propio ☐Beneficios del seguro social ☐Beneficios por desempleo ☐Otros		☐Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente	
	☐Salarios ☐Negocio propio ☐Beneficios del seguro social ☐Beneficios por desempleo ☐Otros		☐Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente	

4. ¿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

☐MAP o MAP Basic	¿Quien?
☐Medicare	¿Quien?
☐Medicaid	¿Quien?
☐CHIP	¿Quien?
☐CHIP Perinatal	¿Quien?
☐ACA	¿Quien?
☐Seguro Médico Privado	¿Quien?

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

☐ SÍ ☐ NO

6. ¿Usted o alguien en su hogar ha sido declarado discapacitado a través de la Administración del Seguro Social?

☐ SÍ ☐ NO Si SÍ, ¿Quién? _____

7. ¿Ha solicitado beneficios de desempleo a través de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas?

☐ SÍ ☐ NO Si SÍ, ¿Quién? _____

8. ¿Si se inscribe en MAP o MAP Basic, ¿Cuál red de clínicas le gustaría usar?

☐CommUnity Care ☐Lone Star Circle of Care ☐People's Community Clinic
☐UT School of Nursing ☐No Preference

MAP CENTRAL HEALTH MAP BASIC

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. Cualquier cambio en mi dirección postal o número de teléfono
b. Cualquier cambio en la dirección de mi residencia
c. Cualquier cambio de ingresos que afecte mi elegibilidad
d. Cualquier cambio en la cantidad de personas que viven en mi residencia o si un miembro de mi hogar se embaraza
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 médicos

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 soy responsable de asegurarme que mi dirección postal, número de teléfono, y cualquier número de teléfono celular o dirección de correo electrónico que yo haya proporcionado en mi aplicación para los beneficios de este programa sean correctos y se encuentren al día en todo momento durante el período de vigencia de mi inscripción en el programa.

Comprendo que si en mi aplicación yo acepté recibir mensajes de texto o correos electrónicos relacionados con los beneficios de este programa, también automáticamente *acepté* recibir información de Central Health relacionada con la programación de mis citas, el estado de mi aplicación, renovaciones, y cambios a la cobertura y/o beneficios del programa, además de otra información importante que puede ser enviada por medio de mensajes de texto o correos electrónicos. Comprendo que hay riesgos asociados con el envío de mensajes de texto y correos electrónicos no cifrados y que cualquier persona que tenga acceso a mi cuenta de correo electrónico o a mi celular (tal como un miembro de mi familia o mi empleador), podrá tener acceso a estas comunicaciones. Además, también comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización para recibir mensajes de texto o de correo electrónico de Central Health en cualquier momento, enviando una solicitud firmada a Central Health.

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).

Con mi firma a continuación, autorizo a mi empleador, la Administración del Seguro Social, la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, el Departamento de Servicios de la Salud del Estado de Texas, y la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas a liberar los expedientes relacionados con mis beneficios, inscripción, reclamos, salarios, y cualquier otro registro a Central Health. Comprendo que esta autorización tendrá una vigencia por un período de 12 meses a partir de la fecha en la que yo firme este formulario de Responsabilidades del Aplicante o hasta que yo revoque esta autorización por medio de una solicitud firmada enviada a Central Health.

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.

Con mi firma a continuación, acepto que he leído, comprendo, y acepto los términos anteriores de las Responsabilidades del Aplicante.

Nombre en letra de molde de solicitante	**Firm del Solicitante**	**Fecha**
Nombre en letra de molde de esposo/a o cònyuge	**Firma de esposo/a o cònyuge**	**Fecha**
Nombre en letra de molde del representante del solicitante	**Firma del Solicitante/Representante Personal**	
Relación del representante con el solicitante		**Fecha**

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

1. **Responda todas las preguntas de la solicitud:**

   - 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 firmar y fechar el formulario de las Responsabilidades del Solicitante**

4. **Envíe su solicitud y documentos**

   - Por correo a: Medical Access Program
     P.O. Box 300489
     Austin, TX 78703
   - Por fax al: 512-776-0457 Si utiliza FAX, asegúrese de enviar ambos lados de la aplicación
   - Entregue los documentos en el buzón ubicado en el Centro de Salud y Bienestar del Sureste o el Centro de Recursos de Salud del Noreste de Central Health

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a nuestro centro de navegación de Central Health al 512-978-8130 de lunes a viernes 8:00-5:00.