

Solicitud de inscripción al programa

Complete toda la información que se le solicita. Si su información ha sido pre-ingresada, por favor revísela y haga las correcciones que sean necesarias. Trace una línea a través de 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 (MM/DD/YYYY)	RELACIÓN	ESTATUS DE RESIDENCIA EN EE.UU.	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O ITIN (Número de identificación tributario)	IDIOMA PREFERIDO

Debe de completar el formulario en las siguientes páginas. →



NOMBRE (Apellido, primero, segundo) Incluya a todas las personas enumeradas en la primera página.	RAZA	ETNICIDAD	SEXO (en su acta de nacimiento)	IDENTIDAD DE GÉNERO

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? ☐ No ☐ Sí

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* ☐ No ☐ Sí

Acepto recibir mensajes de correo electrónico* ☐ No ☐ Sí

* Comprendo que al brindar mi consentimiento para recibir mensajes de texto y/o correos electrónicos en la sección anterior, existen riesgos asociados con el envío de mensajes de texto y correos electrónicos no cifrados, y doy mi consentimiento para 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.

Debe de completar el formulario en las siguientes páginas. →



Responda todas las preguntas de esta solicitud:

1. ¿Cuál es su estado civil?

☐ Soltero/a ☐ Casado/a/unión libre ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Viudo/a

2. ¿Está usted o alguien en su hogar embarazada? ☐ No ☐ Sí

Si Sí, ¿Quién? _____

3. ¿Alguien en su hogar ha recibido algún ingreso en las últimas 30 días? ☐ No ☐ Sí

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 ☐ Sin ingresos ☐ Otros ingresos		☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Sin ingresos en los últimos 30 días	
	☐ Salarios ☐ Negocio propio ☐ Beneficios del seguro social ☐ Beneficios por desempleo ☐ Sin ingresos ☐ Otros ingresos		☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Sin ingresos en los últimos 30 días	
	☐ Salarios ☐ Negocio propio ☐ Beneficios del seguro social ☐ Beneficios por desempleo ☐ Sin ingresos ☐ Otros ingresos		☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Sin ingresos en los últimos 30 días	

Debe de completar el formulario en las siguientes páginas. →



4. ¿Usted o alguien en su hogar tiene cobertura de atención médica? ☐ No ☐ Sí

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/Seguro médico ¿Quien? _____

☐ Sendero. ¿Quien? _____

☐ Seguro privado/Seguro patrocinado por el empleador ¿Quien? _____

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

☐ No ☐ Sí ☐ Vivo fuera del condado de Travis

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

☐ No ☐ Sí

Si Sí, ¿Quién? _____

7. ¿Si se inscribe en MAP o MAP Basic, ¿qué sistema clínico de atención primaria utiliza actualmente o le gustaría utilizar?

☐ CommUnityCare ☐ Lone Star Circle of Care ☐ People's Community Clinic

☐ UT School of Nursing ☐ Sin preferencia

8. ¿Tiene una cita médica o procedimiento programado próximamente?

☐ No ☐ Sí Fecha: _____

9. ¿Usted o alguien en su hogar ha tenido una cita médica en los últimos 30 días?

☐ No ☐ Sí Fecha: _____

Debe de completar el formulario en las siguientes páginas. →



Responsabilidades del solicitante

Los programas de Central Health ayudan a las personas a obtener acceso a cuidados médicos pagando o brindando ciertos servicios de atención médica. Su posibilidad de calificar para MAP o MAP Basic como miembro o el Programa de Asistencia Financiera de Central Health (CHFA por sus siglas en inglés) o el Programa de Justicia Involucrada (JIH por sus siglas en inglés) como uno de sus pacientes ("Programas de Central Health", y cada uno un "Programa") depende de factores como sus ingresos, el lugar donde usted vive, la disponibilidad de otras coberturas de seguro médico y la existencia de otras fuentes de pago para obtener cuidados médicos. Sin embargo, 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 a continuación indica que todas las declaraciones que he hecho en relación con mi aplicación para los programas de Central Health, 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 mi participación en los programas de Central Health 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 | d. Cualquier cambio en el número de personas que viven en mi hogar, incluyendo si un miembro de hogar se embaraza |
| b. Cualquier cambio en la dirección de mi residencia | 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 |
| c. Cualquier cambio de ingresos que afecte mi elegibilidad | |

Debe de completar el formulario en las siguientes páginas. →



Si Central Health identifica algún cambio no reportado aplicable a mi elegibilidad para el Programa, entiendo que mi participación en el Programa puede cancelarse y que Central Health puede tomar cualquier otra acción dentro de su autoridad, incluida la presentación de cargos civiles o penales en mi contra.

Comprendo que mi inscripción en los programas de Central Health está condicionada a mi acuerdo para permitir que Central Health verifique 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 puede 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.

Uso de Documentos de Elegibilidad

Si no soy elegible para inscribirme en MAP o MAP Basic y actualmente estoy inscrito en el programa de escala móvil de tarifas de CommUnityCare, doy mi consentimiento para que CommUnityCare comparta la información y los documentos de mi hogar con Central Health ("Información de inscripción"). Además, doy mi consentimiento para que Central Health use y confíe en mi información de inscripción para determinar mi elegibilidad para su Programa de Asistencia Financiera de Central Health.

Consentimiento a mensajes de textos y correos electrónicos

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.

Debe de completar el formulario en las siguientes páginas. →



Autorización de verificación de terceros

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.

_____ Nombre en letra de molde de solicitante	_____ Firma del Solicitante	_____ Fecha
--	--------------------------------	----------------

_____ Nombre en letra de molde de esposo/a o cónyuge	_____ Firma de esposo/a o cónyuge	_____ Fecha
---	--------------------------------------	----------------

_____ Nombre en letra de molde del solicitante/representante personal	_____ Firma del solicitante/representante personal	_____ Fecha
--	---	----------------

Relación del representante con el solicitante

Debe de completar el formulario en las siguientes páginas. →



Instrucciones sobre como completar el proceso de solicitud:

1. Si está completando una solicitud en blanco, responda todas las preguntas de la solicitud.
2. Si le enviaron una solicitud por correo con las respuestas ya completas, lea todas las respuestas impresas

- Si algo no es correcto, trace una línea a través de cualquier 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. No deje la pregunta en blanco.

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

- Una **identificación con fotografía** para todos los adultos en el hogar, tales como:

Licencia de conducir, identificación con una fotografía, 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 una fotografía, etc.

Si está solicitando el Programa de Asistencia Financiera de Central Health (CH FA por sus siglas en ingles), envíe solo la identificación del solicitante.

- 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.

Si está solicitando el Programa de Asistencia Financiera de Central Health (CHFA por sus siglas en ingles), envíe solo la información del solicitante.

- **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.

Las instrucciones siguen en la siguiente página. →



- **Comprobante de ingresos** recibidos en los últimos 30 días para todos los adultos del hogar, 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

4. Cada miembro adulto del hogar debe firmar y fechar el formulario de Responsabilidades del Solicitante

5. Envíe su solicitud y documentos

- Por correo en el sobre proporcionado
- 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, opción 1 de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

