

Formulario para la participación FAMILIAR

Appendix A2

Use with HOUSEHOLD Worksheet (Form EF05-13227)

PARTE I - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Número telefónico		Correo electrónico	
Domicilio en Texas (nombre de la calle o número de apartado postal)	Ciudad	Condado	Estado	Código postal

a) Por favor contácteme por: (marque todo lo que corresponda) Correo postal Teléfono Correo electrónico

b) ¿Tiene usted o alguien de su familia cobertura médica integral (Medicaid, Medicare, CHIP, seguro médico, VA, TRICARE, etc.)? Sí No

*Si contestó que sí, el representante autorizado del DSHS presentará una reclamación de reembolso ante su compañía de seguro médico por las prestaciones, los servicios o la asistencia que cualquier persona en su hogar haya recibido.

c) ¿Qué tipo de prestaciones o de cobertura médica tiene? (marque todo lo que corresponda)

- CHIP Perinatal SNAP WIC
 Medicaid para mujeres embarazadas TWHP Ninguno

PARTE II - INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Llene la primera línea con su información personal. Llene las demás líneas con los datos de cada persona que vive con usted y de quien usted sea legalmente responsable.

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Número de Seguro Social (SSN) (opcional)	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza	Origen étnico	Relación
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

PARTE III - INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

Enumere abajo todos los ingresos de la familia. Incluya los siguientes: cheques del gobierno; dinero del trabajo; dinero que obtiene por el cargo de alojamiento y comida; regalos en efectivo, préstamos o contribuciones de los padres, familiares, amigos y otros; ingresos que recibe de un patrocinador; becas o préstamos escolares; manutención de menores e ingresos por desempleo.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre de la agencia, la persona o el empleador que provee el dinero	Cantidad recibida al mes

PARTE IV - ACUERDO DEL SOLICITANTE

He leído las declaraciones de **Derechos y Responsabilidades** en la sección de *Instrucciones* de este formulario. Sí No

La información que aquí proporciono, incluidas mis respuestas a todas las preguntas, es verídica y correcta, según mi leal saber y entender. Acepto darle al personal que determina el derecho a la participación cualquier información que sea necesaria para comprobar mis declaraciones respecto a mi derecho a la participación. Entiendo que dar información falsa podría dar por resultado la descalificación y el reembolso.

Autorizo al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) y al Proveedor a que dispongan libremente de toda la información que proporciono, incluida la información sobre los ingresos y la médica, con el fin de que determinen mi derecho a la participación y a que paguen o presten servicios a mi familia o a mí.

Firma del solicitante _____
Fecha

Firma de la persona que ayudó a completar esta solicitud _____
Relación con el solicitante _____
Fecha

DSHS FUNDING SOURCE – Screening and Eligibility Form
Fuente De Fondos Del DSHS – Solicitud de elegibilidad form

Appendix A1

Additional Household Information/ Información adicional de la unidad familiar							
Fill in the lines for everyone else who lives in the house with you for which you are legally responsible. / Llene las líneas restantes acerca de todos los demas que viven con usted, y es legalmente responsable.							
Name (Last, First, Middle) Nombre (Apellido, primero, Segundo)	SSN (optional) Núm. De Seguro Social (opcional)	Date of Birth Fecha de nacimiento	Age Edad	Sex Sexo	Race Raza	What Relation to you? Parentesco con usted	U.S. Citizen Ciudadano estadounidense Yes/si or No
7.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
8.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
9.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
10.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
11.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
12.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
13.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
14.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
15.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
16.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
17.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
18.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
19.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
20.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
21.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
22.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
23.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
24.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
25.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No

Instrucciones para llenar el formulario para la participación FAMILIAR

Use with HOUSEHOLD Worksheet (Form EF05-13227)

PARTE I - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Llene las casillas con su información personal.

a) Marque todas las casillas que correspondan.

b) Marque "sí" o "no".

c) Marque todas las casillas que correspondan:

- CHIP (Programa de Seguro Médico Infantil) Perinatal
- Medicaid para mujeres embarazadas
- SNAP (Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental)
- TWH (El Programa de Salud para la Mujer de Texas)
- WIC (Programa de Nutrición Suplemental Especial para Mujeres, Niños y Bebés)
- Ninguno

Si usted seleccionó uno de estos programas de prestaciones o de cobertura médica y puede proporcionar un comprobante de inscripción actualizado, usted podría de manera adjunta (automáticamente) tener derecho a la participación de un programa de la División de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS y saltar a las Partes II y III de esta solicitud, si su agencia no cobra un copago. (Excepción: elegibilidad adjunto no se aplica a los solicitantes de los servicios del Título V.)

PARTE II - INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Llene la primera línea con su información personal. Llene las demás líneas con los datos de cada persona que vive con usted y de quien usted sea legalmente responsable.

Cómo determinar qué personas componen su familia:

- Si usted es casado (incluso en matrimonio de hecho), inclúyase a usted mismo e incluya a su cónyuge y a todos los hijos, tanto los habidos en común como los no habidos en común (incluidos los no nacidos).
- Si usted no es casado, inclúyase a usted mismo e incluya a sus hijos, de tenerlos (incluidos los no nacidos).
- Si usted no es casado y vive con su pareja con la cual tiene hijos en común, inclúyase a usted mismo e incluya a su pareja, a sus hijos y a los hijos que hayan tenido en común (incluidos los no nacidos).

Los solicitantes de 18 años de edad o más se consideran adultos. No incluya a ningún hijo de 18 años de edad o más ni a ningún otro adulto que viva en su casa como parte de la familia. Los menores de edad deben incluir al padre, a la madre o al tutor legal que vivan en la casa.

PARTE III - INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

Enumere en la tabla todos y cada uno de los ingresos de la familia. Incluya los siguientes: cheques del gobierno; dinero del trabajo; dinero que obtiene por el cargo de alojamiento y comida; regalos en efectivo, préstamos o contribuciones de los padres, familiares, amigos y otros; ingresos que recibe de un patrocinador; becas o préstamos escolares; manutención de menores e ingresos por desempleo.

Llene la tabla con la siguiente información personal:

- 1.ª columna: El nombre de la persona que recibe el dinero.
- 2.ª columna: El nombre de la agencia, la persona o el empleador que provee el dinero.
- 3.ª columna: La cantidad de dinero recibida al mes.

PARTE IV - ACUERDO DEL SOLICITANTE

Lea los **Derechos y Responsabilidades** siguientes. Marque "sí" o "no".

Firme y escriba la fecha en las líneas correspondientes. Si alguna persona le ayudó a usted a llenar la solicitud, también debe firmar, declarar cuál es su relación con usted y escribir la fecha en las líneas correspondientes.

Derechos y Responsabilidades:

Si el solicitante omite información, no la proporciona o se niega a proporcionarla, o da información falsa o engañosa sobre estas cuestiones, podría pedírsele que reembolse al Estado el importe de los servicios recibidos si se encontró que el solicitante no cumple con los requisitos para recibir los servicios. El solicitante deberá informar de cualquier cambio en la situación de su hogar o familia que afecte el derecho a la participación durante el periodo de certificación (cambios en los ingresos, en los miembros del hogar o la familia y el lugar de residencia). (*Las clientes de MBCC no tienen que informar de cambios en los ingresos ni en el hogar o el lugar de residencia*)

El solicitante entiende que, para mantener el derecho a participar del programa, se le pedirá que vuelva a solicitar la ayuda al menos cada doce meses (*no aplicable para clientes de MBCC*).

El solicitante entiende que tiene el derecho a presentar una queja con respecto al manejo de su solicitud o a cualquier acción llevada a cabo por el programa, ante la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC, al teléfono 1-888-388-6332.

El solicitante entiende que los criterios para la participación en el programa son iguales para todos sin importar el sexo, la edad, la discapacidad, la raza o el lugar de nacimiento.

Con unas cuantas excepciones, el solicitante tiene derecho a pedir y a ser notificado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre él. El solicitante tiene derecho a recibir y revisar la información al así pedirlo. El solicitante también tiene derecho a pedirle a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte <http://www.dshs.state.tx.us> para obtener más información sobre la Notificación de privacidad. (Fuente: Código Gubernamental, secciones 552.021, 522.023 y 559.004)