



## Your Texas Benefits: Para empezar

### Beneficios de comida del Programa SNAP

(antes se llamaba Estampillas para Comida)

Ayuda a comprar alimentos para la buena salud. Algunas personas pueden recibir ayuda el siguiente día laborable.



### Ayuda de dinero en efectivo de TANF para familias

#### TANF: Asistencia Temporal a Familias Necesitadas

Ayuda a pagar cosas como comida, ropa y vivienda.

- **TANF:** Ayuda a las familias con niños de 18 años o menos a pagar por necesidades básicas. TANF le da pagos de dinero en efectivo cada mes.
- **Pago Único de TANF:** Ayuda a las familias con niños de 18 años o menos que están pasando por una crisis. Las crisis pueden ser perder un trabajo, no encontrar trabajo, perder la casa o tener una emergencia médica. Esta ayuda se da sólo una vez cada 12 meses.
- **Pago Único de TANF para Abuelos:** Ayuda a los abuelos que cuidan a un niño que recibe beneficios de TANF.



### Medicaid y CHIP

Ayuda con cuentas médicas, como las del doctor, hospital y medicamentos.

Las personas que pueden recibir beneficios de atención médica son:

- Niños de 20 años y menores que viven con usted.
- Mujeres embarazadas.
- Adultos que: (1) están cuidando a un niño en su hogar, (2) estaban bajo cuidado temporal a los 18 años o más, (3) estaban en el Programa de Reubicación de Refugiados para Menores no Acompañados a los 18 años o más o (4) son refugiados.



Para solicitar beneficios de Medicaid para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas, necesita una solicitud diferente. Para obtener esa solicitud, llame al 2-1-1 (después de escoger un idioma, oprima el 2).

Puede llamar gratis a cualquier número de teléfono o de fax que se menciona en esta solicitud. Si tiene una discapacidad de la audición o del habla, puede llamar a cualquier número de teléfono marcando el 711 o el 1-800-735-2989.

## Cómo solicitar beneficios



### Haga lo siguiente:

1. Llene esta solicitud.
2. Firme y escriba la fecha en las páginas 1 y 18 de la solicitud.
3. Envíe los "Documentos que necesitamos". Vea las páginas C y D.



### Cómo entregar la solicitud:

**Por correo:** HHSC, PO Box 149024, Austin, TX 78714-9968

**Por fax:** 1-877-447-2839. Si la solicitud está impresa por ambos lados, envíe los dos lados por fax.

**En persona:** En una oficina de beneficios. Para encontrar una cerca, vaya a [YourTexasBenefits.com](http://YourTexasBenefits.com) o llame al 2-1-1 (después de escoger un idioma, oprima el 1).



### YourTexasBenefits.com

En este sitio web puede:

- Solicitar beneficios.
- Saber si puede solicitar beneficios.
- Avisar sobre cambios.
- Cargar los documentos que necesitamos que nos envíe.
- Renovar beneficios.



# Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas

## Preguntas sobre esta solicitud o los beneficios

- Vaya a [YourTexasBenefits.com](http://YourTexasBenefits.com) o
- Llame al 2-1-1 (si no puede comunicarse, llame al 1-877-541-7905).

Después de escoger un idioma, oprima el 2 para:

- Hacer preguntas sobre esta solicitud.
- Encontrar ayuda para llenar esta solicitud.
- Saber el estado de esta solicitud.
- Hacer preguntas sobre los programas de beneficios.

## Denunciar el malgasto, abuso y fraude

Si cree que alguien está usando indebidamente los beneficios de la HHSC, llame al 1-800-436-6184.

## Consejos útiles

- Hay consejos al lado izquierdo de cada página. Pueden ahorrarle tiempo.
- Firme y escriba la fecha en las páginas 1 y 18 de la solicitud.
- Envíe los "Documentos que necesitamos". Vea las páginas C y D.



Estos dibujos le dicen las secciones que tiene que llenar.

Por ejemplo, si ve este dibujo:



quiere decir que sólo las personas que solicitan beneficios de comida del Programa SNAP tienen que llenar esa sección.

## Cómo presentar una queja

Si tiene una queja, primero trate de hablar con su consejero de beneficios o con el supervisor. Si todavía necesita ayuda, llame al 1-877-787-8999.

# Ayuda que puede obtener sin llenar esta solicitud

## Servicios en su área

¿Necesita ayuda para encontrar servicios? Llame al 2-1-1 (si no puede comunicarse, llame al 1-877-541-7905). Después de escoger un idioma, oprima el 1.

## Red de la Fuerza Laboral de Texas

¿Busca trabajo? Puede conseguir ayuda para:

- Solicitar trabajo.
- Encontrar trabajo.

Llame al 2-1-1 para encontrar un Centro de la Fuerza Laboral de Texas.

## Planificación familiar

¿Necesita ayuda con la planificación familiar? Los hombres y las mujeres pueden recibir ayuda con:

- Artículos para el control de la natalidad.
- Otros tipos de atención médica.

Llame al 2-1-1 para encontrar una clínica.

Es posible que las mujeres con bajos ingresos puedan recibir servicios gratis por medio del Programa de Salud para la Mujer. Para más información, llame al 1-866-993-9972.

## Programa contra la Violencia Familiar

¿Teme por su seguridad o la de sus niños? Puede conseguir ayuda para:

- Obtener transporte a un lugar seguro.
- Encontrar un refugio, ayuda legal y un trabajo.
- Obtener consejería.

Llame a la línea directa a cualquier hora al 1-800-799-7233 (1-800-799-SAFE).

## Programa de Educación para Adultos y Alfabetización de la Familia

¿Quiere ayuda para aprender a leer o completar un GED? ¿Necesita ayuda con las habilidades para un trabajo? ¿O para aprender a hablar inglés?

Llame al 1-800-441-7323 (1-800-441-READ).

## Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

¿Está embarazada o hace poco tuvo un bebé? Puede conseguir ayuda para:

- Obtener alimentos para usted y sus niños.
- Obtener vacunas.

Llame al 1-800-942-3678.

## Programa de Prevención del Abuso de Alcohol y Drogas

¿Quiere dejar de usar alcohol o drogas usted o una persona que conoce?

Puede conseguir ayuda para:

- Dejar de usarlos.
- Enfrentar una crisis.
- Ayudar a otras personas a no usar drogas o alcohol.

Llame al 1-877-966-3784 (1-877-9-NO DRUG).

## Programa de Pago de Seguro Médico Privado (HIPP)

¿Necesita ayuda para pagar su seguro médico?

Llame al 1-800-440-0493.

O escriba a:

Texas Health and Human Services Commission

TMHP-HIPP

PO Box 201120

Austin, Texas 78720-1120



## Documentos que necesitamos de cualquier persona en su caso

Lea abajo y en la página siguiente para los documentos que quizás necesitemos que nos envíe. Si lleva o envía copias de estos documentos con la solicitud, quizás nos ayude. Solo envíenos copias de los documentos. Guarde los originales.

Sólo necesitamos documentos de las personas en su caso. Por ejemplo, si nadie tiene una cuenta de banco, no necesitamos los estados de cuenta.

### Si está solicitando beneficios de cualquier programa



Llevar o enviar copias de los documentos para las personas en su caso podría ayudarnos a revisarlo más rápido.

- **Identidad (prueba de quién es usted):** Licencia de conducir o tarjeta de identificación del Departamento de Seguridad Pública vigente. Si una persona tiene el derecho de actuar por usted (como su representante autorizado), esa persona también tiene que presentar prueba de identidad.
- **Estado migratorio:** Tarjeta de Residente Permanente (I-551), formulario de entrada y salida (I-94). O documentos del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. Necesitamos una copia de los dos lados de estos formularios.
- **Beneficios de veteranos, compensación para trabajadores o por desempleo:** Carta de concesión o talones de cheque de pago.
- **Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o beneficios de pensión:** Carta de concesión o talones de cheque de pago.
- **Servicio militar:** Identificación militar actual (Formulario DD-2), órdenes militares o documentos de separación (Formulario DD-214).
- **Representante legal (una persona que tiene el derecho de actuar por usted en asuntos legales):** Poder, orden de custodia, orden de la corte o documentos de la corte similares.
- **Préstamos y regalos (entre ellos, cuentas suyas que paga otra persona):** Contratos de préstamo o declaración de la persona que le da dinero o le paga las cuentas. Tiene que mostrar el nombre, la dirección, el teléfono y la firma de esa persona.
- **Dirección (prueba de que vive en Texas):** Cuenta de servicios públicos, licencia de conducir, identificación del Depto. de Seguridad Pública de Texas, recibo de renta, carta del dueño (no puede ser un pariente).

Si está solicitando

### Beneficios de comida del Programa SNAP



Llevar o enviar copias de los documentos para las personas en su caso podría ayudarnos a revisarlo más rápido.

- **Prueba de ingresos de su trabajo:** Los últimos 3 talones de cheque o cheques de pago, una declaración de su empleador o documentos del trabajo que hace por su cuenta.
- **Cuentas de banco:** Estados de cuenta actuales de todas las cuentas.
- **Gastos médicos:** Cuentas, recibos o estados de cuenta de proveedores de atención médica (doctores, hospitales, farmacias, etc.). Estos documentos deben mostrar los gastos que tiene ahora y los que espera tener en el futuro.
- **Gastos de renta o hipoteca:** Cheques o talones de cheques recientes, estado de cuenta del banco hipotecario o declaración del dueño de la casa. Las personas que rentan casa también tienen que dar el nombre, la dirección y el teléfono del dueño o arrendador.
- **Gastos de cuidado de dependientes:** Recibos, cheques cobrados o una declaración firmada de la persona a quien le paga. La declaración firmada debe mostrar cuándo y cuánto paga.
- **Manutención de niños que alguien paga:** Documentos de la corte que muestren la cantidad que paga por manutención de niños. Por ejemplo: sentencia de divorcio, orden de la corte o registro del secretario del distrito.
- **Manutención de niños que alguien recibe:** Registro del secretario del distrito. O carta del padre que paga, que muestra la cantidad, cada cuánto y la fecha en que usualmente la paga. La carta tiene que tener el nombre, la dirección, el teléfono y la firma del padre que paga.

Para recibir beneficios del Programa SNAP, la persona tiene que ser ciudadana o residente legal de EE. UU.

Más en la página siguiente





## Otros documentos que necesitamos

Si está solicitando



### Ayuda de dinero en efectivo de TANF para familias

Llevar o enviar copias de los documentos para las personas en su caso podría ayudarnos a revisarlo más rápido.

- **Prueba de ingresos de su trabajo:** Los últimos 3 talones de cheque o cheques de pago, una declaración de su empleador o documentos de trabajo que hace por su cuenta.
- **Cuentas de banco:** Estado de cuenta más reciente de todas las cuentas.
- **Prueba de su parentesco con un niño:** Certificado de nacimiento legal, del hospital o de bautismo.
- **Ciudadanía:** Pasaporte de EE. UU., Certificado de Naturalización, certificado de nacimiento de EE. UU. (copia de los dos lados), registro de nacimiento del hospital, o tarjeta de Medicare. Si nació en Texas, quizás podamos buscar su certificado de nacimiento.
- **Vacunas del niño:** Tarjeta de vacunas de cada niño.
- **Prueba de que el niño vive con usted:** Declaración firmada del dueño de la casa o un vecino que no sea su familiar que incluya el nombre, dirección y teléfono del declarante.
- **Manutención de niños que alguien paga:** Documentos de la corte que muestren la cantidad que paga por manutención de niños. Por ejemplo: sentencia de divorcio, orden de la corte o registro del secretario del distrito.
- **Manutención de niños que alguien recibe:** Registro del secretario del distrito. O carta del padre que paga, que muestre la cantidad, cada cuánto y la fecha en que usualmente paga. La carta tiene que llevar el nombre, la dirección, el teléfono y la firma del padre que paga.
- **Seguro médico:** Copia de los dos lados de la tarjeta o póliza de seguro.

Si está solicitando



### CHIP o Medicaid para Niños

Llevar o enviar copias de los documentos para las personas en su caso podría ayudarnos a revisarlo más rápido.

- **Prueba de ingresos de su trabajo:** Talón de cheque o un cheque de pago de los últimos 60 días, una declaración de su empleador o documentos del trabajo que hace por su cuenta.
- **Gastos médicos:** Cuentas o estados de cuenta de proveedores de atención médica (doctores, farmacias, etc.) de los últimos 3 meses. Solo necesitamos estos documentos si todavía no ha pagado estos servicios.
- **Ciudadanía:** Pasaporte de EE. UU., Certificado de Naturalización, certificado de nacimiento de EE. UU. (copia de los dos lados), registro de nacimiento del hospital o tarjeta de Medicare. Si nació en Texas, quizás podamos buscar su certificado de nacimiento.

Si está solicitando

### Medicaid para Mujeres Embarazadas o para un Adulto

Llevar o enviar copias de los documentos para las personas en su caso podría ayudarnos a revisarlo más rápido.

- **Prueba de ingresos de su trabajo:** Los últimos 3 talones de cheque o cheques de pago, una declaración de su empleador, documentos del trabajo que hace por su cuenta o la declaración de impuestos del año pasado.
- **Gastos médicos:** Cuentas o estados de cuenta de proveedores de atención médica (doctores, hospitales, farmacias, etc.) de los últimos 3 meses. Sólo necesitamos estos documentos si todavía no ha pagado estos servicios.
- **Ciudadanía:** Pasaporte de EE. UU., Certificado de Naturalización, certificado de nacimiento de EE. UU. (copia de los dos lados), registro de nacimiento del hospital o tarjeta de Medicare. Si nació en Texas, quizás podamos buscar su certificado de nacimiento.

# Your Texas Benefits: Solicitud



Por favor, use tinta oscura. Escriba en letra de molde. Si necesita más espacio, añada más hojas.

Llene los círculos (○) así → ●

## Sección A

### Sus datos

Si está solicitando beneficios de comida del SNAP, la cantidad de beneficios del primer mes se basa en la fecha en que recibamos las páginas 1 y 2.

Otros beneficios también se basan en la fecha en que recibamos las páginas 1 y 2.

Si entrega sólo las páginas 1 y 2 ahora, todavía tiene que llenar las páginas 3 a 18 para poder recibir beneficios.

Tiene derecho a entregar esta solicitud inmediatamente si tiene su nombre, dirección y firma.

Marque los beneficios que está solicitando cualquier persona en su caso:

<input type="radio"/> Beneficios de comida del SNAP	<input type="radio"/> Ayuda de dinero en efectivo para familias de TANF	<b>Medicaid o CHIP:</b> <input type="radio"/> Niños <input type="radio"/> Adulto que cuida a un niño <input type="radio"/> Adulto que no cuida a un niño <input type="radio"/> Mujeres embarazadas
---	---	---

**Persona 1: persona contacto o jefe del hogar**

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Celular o teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## Sección B

### Beneficios de comida

Esta sección es sólo para personas que solicitan beneficios de comida del SNAP.

Podría recibir beneficios de comida del SNAP el próximo día laborable según sus respuestas a estas preguntas. Contéstelas para todas las personas que viven en su hogar.

- ¿Es alguien un trabajador de campo migrante o de temporada? .....  Sí  No
- ¿Es la cantidad total que tienen todas las personas hoy \$100 o menos de dinero en efectivo, cuentas de cheques o de ahorros? .....  Sí  No
- ¿Espera que la cantidad total de dinero que todos recibirán este mes sea menos de \$150? (Incluya todo el dinero que reciben de trabajos, manutención de niños, Seguro Social y por desempleo). .....  Sí  No
- ¿Es la cantidad de las cuentas del hogar más de la cantidad de dinero que todos esperan recibir este mes? ("Cantidad de dinero"= total de todo el dinero que reciben de trabajos, manutención de niños, Seguro Social y por desempleo). .....  Sí  No

Para saber cómo entregar la solicitud, vea la página 3.

Firme aquí (o pídale a una persona que tiene derecho de actuar por usted que firme) \_\_\_\_\_ Fecha (mes/día/año) \_\_\_\_\_

También tiene que firmar la página 18.

Más en la página 2





### Sección C

## Mujeres embarazadas

Esta sección es sólo para personas que solicitan beneficios de Medicaid o CHIP.



¿Está embarazada alguien en su hogar? .....  Sí  No

\_\_\_\_\_

Si contesta "Sí", ¿quién?

Fecha de parto (mes/día/año)

/  /

¿Cuántos bebés espera?

### Sección D

## Servicio militar

Esta sección es sólo para personas que solicitan beneficios de Medicaid o CHIP.



¿Es alguien miembro activo de una de estas fuerzas militares?

- Fuerzas Armadas de EE. UU.
- Guardia Nacional
- Reserva del Ejército
- Fuerzas Militares Estatales .....

Sí  No

\_\_\_\_\_

Si contesta "Sí", ¿quién?

### Sección E

## Ayuda con la entrevista

1. La mayoría de las personas que solicitan beneficios tienen que ser entrevistadas. Muchas veces las entrevistas se hacen por teléfono.

Nos ayuda saber si por alguna de las siguientes razones se le hace difícil ir a una oficina de beneficios:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| • Vive a más de 30 millas de la oficina de beneficios más cercana. | • Está enfermo.   | • No puede viajar porque tiene 60 años o más o tiene una discapacidad. |
| • No puede conseguir transporte.                                   | • Su horario de trabajo o entrenamiento no le permite ir a una oficina de beneficios cuando está abierta. | • Es víctima de violencia doméstica.                                   |
| • El tiempo está malo.   |   | • Cuida de alguien en su hogar.  |

¿Aplica una de estas razones a su caso? .....  Sí  No

2. Si va a venir a nuestra oficina, ¿necesitará alguna ayuda o equipo especial? .....  Sí  No

\_\_\_\_\_

Si contesta "Sí", ¿qué necesita?

3. ¿Qué idioma quiere hablar durante la entrevista? \_\_\_\_\_

4. ¿Necesitará un intérprete? Podemos conseguirle uno gratis. ....  Sí  No

Si contesta "Sí", marque el idioma que habla:

- Español    Vietnamita  
 Lenguaje de señas americano    Otro: \_\_\_\_\_

### Agency Use Only/Sólo para uso de la agencia

Expedite?  Yes  No

Date received: \_\_\_\_\_  
Date screened: \_\_\_\_\_

Screened by: \_\_\_\_\_  
Case: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social:

-  -



# Your Texas Benefits: Solicitud

Llene los círculos (○) así → ●

Por favor, use tinta oscura. Escriba en letra de molde. Si necesita más espacio, añada más hojas.

## Sección F

Cómo comunicarnos con usted

**Persona 1:** Persona contacto o jefe del hogar

Nombre  Segundo nombre  Apellido

-        /   /

Número de Seguro Social  Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Correo electrónico

¿Solicita beneficios para usted o un niño? ..... ○ Sí ○ No

Si contesta "Sí", escriba los datos a continuación:

## Sección G

Persona 1

**Persona 1**

Si recibe dinero del Seguro Social o jubilación de ferrocarril, escriba el número que tiene:

Número de reclamación del Seguro Social  Número de jubilación de ferrocarril

○ Casado ○ Soltero ○ Divorciado ○ Separado ○ Viudo

¿Vive en Texas? ○ Sí ○ No

¿Piensa quedarse en Texas? ○ Sí ○ No

○ Hombre ○ Mujer

¿Hispano o latino? ..... ○ Sí ○ No

**Preguntas opcionales** Marque uno o más:

○ Indio americano o nativo de Alaska ○ Asiático

○ Negro o afroamericano ○ Nativo de Hawai o isleño del Pacífico ○ Blanco

¿Va a la escuela? ..... ○ Sí ○ No

Si contesta "Sí", ¿va a tiempo completo? ..... ○ Sí ○ No

¿Es ciudadano de EE. UU.? Si no lo es, dé los datos a continuación. .... ○ Sí ○ No

¿Es un refugiado o inmigrante admitido legalmente? ..... ○ Sí ○ No

/   /

Si tiene patrocinador, escriba el nombre del patrocinador  Fecha en que entró a los EE. UU. (mes/día/año)

¿Está registrado con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU.? ○ Sí ○ No

Número de registro de inmigrante

Marque los beneficios que la Persona 1 solicita:

○ **Beneficios de comida del SNAP**

**Ayuda de dinero en efectivo para familias de TANF:**

- TANF
- Pago Único de TANF
- Pago Único de TANF para Abuelos

**Medicaid o CHIP para:**

- Niños
- Un adulto que cuida a un niño
- Un adulto que no cuida a un niño
- Mujeres embarazadas

Envíe esta solicitud completamente llena por fax o correo, o entréguela en persona:

Por fax: 1-877-447-2839

Por correo: HHSC, PO Box 149024  
Austin, TX 78714-9968

En persona: Llame al 2-1-1 para encontrar una oficina de beneficios de la HHSC cerca.

**Si solicita beneficios de Medicaid o CHIP:**  
También tiene que llenar la solicitud adjunta, "¿Solicita o está renovando beneficios de Medicaid o CHIP?"



## Sección H

# Personas que solicitan beneficios

Marque los beneficios que la Persona 2 solicita:

**Beneficios de comida del SNAP**

**Ayuda de dinero en efectivo para familias de TANF:**

- TANF
- Pago Único de TANF
- Pago Único de TANF para Abuelos

**Medicaid o CHIP para:**

- Niños
- Un adulto que cuida a un niño
- Un adulto que no cuida a un niño
- Mujeres embarazadas

### Si solicita beneficios de Medicaid o CHIP:

También tiene que llenar la solicitud adjunta: "¿Solicita o está renovando beneficios de Medicaid o CHIP?"

Marque los beneficios que la Persona 3 solicita:

**Beneficios de comida del SNAP**

**Ayuda de dinero en efectivo para familias de TANF:**

- TANF
- Pago Único de TANF
- Pago Único de TANF para Abuelos

**Medicaid o CHIP para:**

- Niños
- Un adulto que cuida a un niño
- Un adulto que no cuida a un niño
- Mujeres embarazadas

## Persona 2: adulto o niño que solicita beneficios, esposo(a) de la persona que solicita beneficios o padre o madre que vive con un niño que solicita beneficios

Nombre			Segundo nombre			Apellido		
Número de Seguro Social			Fecha de nacimiento (mes/día/año)					
Relación de esta persona con usted			Si la persona recibe dinero del Seguro Social o jubilación de ferrocarril, escriba el número aquí:			Número de reclamación de Seguro Social		
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo			<b>Preguntas opcionales</b>			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hispano o latino Marque uno o más: <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco		
¿Vive en Texas? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Va a la escuela esta persona? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si contesta "Sí", ¿va esta persona a tiempo completo? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Piensa quedarse en Texas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Es esta persona ciudadana de EE. UU.? Si no lo es, dé los datos a continuación ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
			¿Es esta persona un refugiado o inmigrante admitido legalmente? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si esta persona tiene un patrocinador, escriba el nombre del patrocinador.			Fecha en que la persona entró a EE. UU. (mes/día/año)					
¿Está la persona registrada con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU.? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Número de registro de inmigrante					

## Persona 3: adulto o niño que solicita beneficios, esposo(a) de la persona que solicita beneficios o padre o madre que vive con un niño que solicita beneficios

Nombre			Segundo nombre			Apellido		
Número de Seguro Social			Fecha de nacimiento (mes/día/año)					
Relación de esta persona con usted			Si la persona recibe dinero del Seguro Social o jubilación de ferrocarril, escriba el número aquí:			Número de reclamación de Seguro Social		
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo			<b>Preguntas opcionales</b>			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hispano o latino Marque uno o más: <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco		
¿Vive en Texas? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Va a la escuela esta persona? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si contesta "Sí", ¿va esta persona a tiempo completo? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Piensa quedarse en Texas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Es esta persona ciudadana de EE. UU.? Si no lo es, dé los datos a continuación ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
			¿Es esta persona un refugiado o inmigrante admitido legalmente? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si esta persona tiene un patrocinador, escriba el nombre del patrocinador.			Fecha en que la persona entró a EE. UU. (mes/día/año)					
¿Está la persona registrada con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU.? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Número de registro de inmigrante					







## Sección I

### Más datos sobre los niños de 18 años o menos

Esta sección es sólo para niños que solicitan beneficios de TANF.



### Consejo para ahorrar tiempo

Sólo tiene que dar los datos de cada padre y madre una vez.

Si un niño tiene los mismos padres que otro niño, puede escribir algo como "igual que el niño 1" donde pide el nombre del padre.

¿Teme que dar datos sobre el padre o madre del niño pueda ponerlos a usted y los niños en peligro?

Si tiene miedo, probablemente no tenga que ayudar o cooperar con la Procuraduría General para que cobren la manutención de niños o la manutención médica. Para no tener que dar estos datos:

- Dígale a su consejero de beneficios (o representante designado) las razones por las cuales esto podría ponerlos a usted o a los niños en peligro.
- Firme la Solicitud de motivo justificado. (Su consejero de beneficios tiene esta hoja).

<b>Nombre del niño 1:</b>					
<b>PADRE</b>	Nombre y apellido del padre	Fecha de nacimiento del padre (mes/día/año)			
	Número de Seguro Social del padre	Teléfono del padre			
	Dirección postal del padre	Ciudad	Estado	Código postal	
	El padre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió		Empleador		
<b>MADRE</b>	Nombre y apellido de la madre	Apellido de soltera de la madre			
	Número de Seguro Social de la madre	Fecha de nacimiento de la madre (mes/día/año)			
	Dirección postal de la madre	Ciudad	Estado	Código Postal	
	Teléfono de la madre		Empleador		
La madre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió					
¿Estuvieron casados los padres del niño? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
<b>Nombre del niño 2:</b>					
<b>PADRE</b>	Nombre y apellido del padre	Fecha de nacimiento del padre (mes/día/año)			
	Número de Seguro Social del padre	Teléfono del padre			
	Dirección postal del padre	Ciudad	Estado	Código postal	
	El padre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió		Empleador		
<b>MADRE</b>	Nombre y apellido de la madre	Apellido de soltera de la madre			
	Número de Seguro Social de la madre	Fecha de nacimiento de la madre (mes/día/año)			
	Dirección postal de la madre	Ciudad	Estado	Código Postal	
	Teléfono de la madre		Empleador		
La madre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió					
¿Estuvieron casados los padres del niño? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					



**Sección I**

Más datos sobre los niños de 18 años o menos (continuación)

**Nombre del niño 3:** \_\_\_\_\_

<b>PADRE</b>	Nombre y apellido del padre	Fecha de nacimiento del padre (mes/día/año)
	Número de Seguro Social del padre	Teléfono del padre
Dirección postal del padre		Ciudad
Estado		Código postal
El padre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió		Empleador

<b>MADRE</b>	Nombre y apellido de la madre	Apellido de soltera de la madre
	Número de Seguro Social de la madre	Fecha de nacimiento de la madre (mes/día/año)
Dirección postal de la madre		Ciudad
Estado		Código Postal
Teléfono de la madre		Empleador
La madre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió		

¿Estuvieron casados los padres del niño? .....  Sí  No

**Nombre del niño 4:** \_\_\_\_\_

<b>PADRE</b>	Nombre y apellido del padre	Fecha de nacimiento del padre (mes/día/año)
	Número de Seguro Social del padre	Teléfono del padre
Dirección postal del padre		Ciudad
Estado		Código postal
El padre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió		Empleador

<b>MADRE</b>	Nombre y apellido de la madre	Apellido de soltera de la madre
	Número de Seguro Social de la madre	Fecha de nacimiento de la madre (mes/día/año)
Dirección postal de la madre		Ciudad
Estado		Código Postal
Teléfono de la madre		Empleador
La madre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió		

¿Estuvieron casados los padres del niño? .....  Sí  No

Si hay más de 4 niños de 18 años o menos, añada más hojas con los mismos datos.



### Sección J

## Otras personas en la casa

### Otras personas en la casa

Estas personas viven en mi casa, pero no quieren solicitar beneficios.

(Los padres que viven con un niño de 18 años o menos que está solicitando beneficios o el/la esposo(a) de una persona que está solicitando beneficios no deben mencionarse aquí; deben llenar la Sección H).

Escriba la fecha de nacimiento sólo si la persona es pariente suyo.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>Nombre</b>	<b>Relación con usted</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> (si es un pariente)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>Nombre</b>	<b>Relación con usted</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> (si es un pariente)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>Nombre</b>	<b>Relación con usted</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> (si es un pariente)

### Sección K

## Otros datos

### Otros datos

1. ¿Tiene alguien una discapacidad? .....  Sí  No

**Si contesta "Sí", ¿quién?**

2. ¿Recibe alguien ayuda de dinero en efectivo, comida o beneficios de atención médica de otro estado? .....  Sí  No

**Si contesta "Sí", ¿quién?      ¿De cuál estado?      ¿Cuándo fue la última vez que la persona recibió beneficios?**

3. ¿Ha sido alguien: (1) acusado formalmente o declarado culpable de un delito mayor y está huyendo de la policía o (2) violó alguna de las reglas de su libertad condicional o vigilada? .....  Sí  No

**Si contesta "Sí", ¿quién?**

4. ¿Ha sido alguien declarado culpable de un delito mayor por una conducta que: (1) sucedió después del 22 de agosto de 1996 y (2) estaba relacionado con drogas? .....  Sí  No

**Si contesta "Sí", ¿quién?**

5. ¿Vive alguien en un lugar de atención como...?  
• Un refugio para personas sin hogar.      • Un centro de tratamiento del abuso de drogas.  
• Un refugio para mujeres maltratadas.      • Un hogar en grupo. ....  Sí  No

**Si contesta "Sí", ¿quién?**

6. Cuando las personas no cumplen las reglas del programa, a veces se les "descalifica" de recibir beneficios. A las personas descalificadas se les avisa por carta que no pueden recibir ayuda de dinero en efectivo de TANF o beneficios de comida del SNAP.

¿Está alguien que vive con usted descalificado para recibir ayuda de dinero en efectivo o beneficios de comida en algún lugar de EE. UU.? .....  Sí  No

**Conteste las preguntas 3, 4, 5 y 6 sólo si alguien solicita ayuda de dinero en efectivo de TANF o beneficios de comida del SNAP.**




Número de Seguro Social:



# Sección L

## Datos médicos

Esta sección es sólo para las personas que solicitan beneficios de TANF, Medicaid o CHIP.



### Otro seguro médico

1. ¿Recibe alguien beneficios de Medicaid o CHIP? .....  Sí  No

Si contesta "Sí", ¿de qué estado? \_\_\_\_\_

Si contesta "Sí", fecha de terminación de cobertura (si no va a terminar, escriba "No va a terminar"): \_\_\_\_\_

2. ¿Recibe alguien cobertura médica de uno de los siguientes?.....  Sí  No

- Medicare
- Seguro del empleador
- Programas de atención médica de la Administración de Veteranos (VA)
- Peace Corps
- Otro \_\_\_\_\_
- TRICARE (no marque si tiene atención directa o Line of Duty)

Si contesta "Sí", escriba los datos a continuación.

Nombre de la persona asegurada ( nombre, segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_  
 Fecha de comienzo de cobertura \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Fecha de terminación de cobertura \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo de cobertura \_\_\_\_\_  
 Cantidad que paga cada mes para que los niños tengan cobertura de este seguro. \$ \_\_\_\_\_

¿Quién paga la prima?

¿Es cobertura de COBRA? .....  Sí  No

¿Es un plan médico para jubilados? .....  Sí  No

¿Es un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidente escolar)? .....  Sí  No

¿Es un plan de beneficios para empleados estatales? .....  Sí  No

Nombre de la persona asegurada ( nombre, segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_  
 Fecha de comienzo de cobertura \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Fecha de terminación de cobertura \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo de cobertura \_\_\_\_\_  
 Cantidad que paga cada mes para que los niños tengan cobertura de este seguro. \$ \_\_\_\_\_

¿Quién paga la prima?

¿Es cobertura de COBRA? .....  Sí  No

¿Es un plan médico para jubilados? .....  Sí  No

¿Es un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidente escolar)? .....  Sí  No

¿Es un plan de beneficios para empleados estatales? .....  Sí  No

PÓLIZA 1

PÓLIZA 2

Número de Seguro Social:

			-			-				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--



### Sección L

## Datos médicos (continuación)

Esta sección es sólo para personas que solicitan beneficios de TANF, Medicaid o CHIP.



## Cuentas médicas de los últimos 3 meses

Si alguna de las personas de su caso no puede pagar las cuentas médicas, Medicaid podría pagarlas.

- Las cuentas tienen que ser por servicios que recibió en los últimos 3 meses.
- Usted tiene que presentar pruebas de cuánto dinero (ingresos) recibieron en los meses que la persona recibió servicios.

¿Tiene alguien que solicita beneficios cuentas médicas por servicios recibidos durante los últimos 3 meses? .....  Sí  No

Si contesta "Sí", ¿quién? (nombre, segundo nombre, apellido)

Si contesta "Sí", ¿quién? (nombre, segundo nombre, apellido)

### Sección M

## Cosas por las que alguien paga o de las que es dueño

Siga con la próxima sección si sólo solicita beneficios de Medicaid o CHIP.

## Vehículos

¿Está pagando alguien o es dueño de...?

• un auto • una camioneta • una lancha • una motocicleta • otro .....  Sí  No  
Si contesta "Sí", escriba los datos a continuación.

VEHÍCULO 1

Nombre del dueño (nombre, segundo nombre, apellido)

Marca/Modelo

Año

Nombre del codueño si también le pertenece a alguien fuera de la casa

Una persona con una discapacidad usa el vehículo.



Dinero que todavía se debe por el vehículo

VEHÍCULO 2

Nombre del dueño (nombre, segundo nombre, apellido)

Marca/Modelo

Año

Nombre del codueño si también le pertenece a alguien fuera de la casa

Una persona con una discapacidad usa el vehículo.



Dinero que todavía se debe por el vehículo

VEHÍCULO 3

Nombre del dueño (nombre, segundo nombre, apellido)

Marca/Modelo

Año

Nombre del codueño si también le pertenece a alguien fuera de la casa

Una persona con una discapacidad usa el vehículo.



Dinero que todavía se debe por el vehículo

Si necesita más espacio, añada más hojas con los mismos datos.

Número de Seguro Social:

Form for Social Security Number input





Sección N

Ingresos de la casa (continuación)

Ingresos del trabajo o entrenamiento

En los últimos 3 meses, ¿recibió alguien dinero...? (a) por trabajar para otra persona (b) por entrenamiento o (c) por trabajar por su cuenta .....  Sí  No Si contesta "Sí", escriba los datos a continuación.

TRABAJO 1

Nombre de la persona que recibió el dinero Horas trabajadas Cantidad pagada antes de quitar impuestos y deducciones

Fecha de comienzo Fecha del último pago (mes/año)

¿Cada cuánto le pagan? por día cada semana cada 2 semanas dos veces al mes una vez al mes otro:

¿Todavía tiene esta persona el trabajo o está en entrenamiento? ¿Trabajaba esta persona por su cuenta? Si contesta "No", escriba el nombre de la persona o empresa que pagó el dinero.

TRABAJO 2

Nombre de la persona que recibió el dinero Horas trabajadas Cantidad pagada antes de quitar impuestos y deducciones

Fecha de comienzo Fecha del último pago (mes/año)

¿Cada cuánto le pagan? por día cada semana cada 2 semanas dos veces al mes una vez al mes otro:

¿Todavía tiene esta persona el trabajo o está en entrenamiento? ¿Trabajaba esta persona por su cuenta? Si contesta "No", escriba el nombre de la persona o empresa que pagó el dinero.

TRABAJO 3

Nombre de la persona que recibió el dinero Horas trabajadas Cantidad pagada antes de quitar impuestos y deducciones

Fecha de comienzo Fecha del último pago (mes/año)

¿Cada cuánto le pagan? por día cada semana cada 2 semanas dos veces al mes una vez al mes otro:

¿Todavía tiene esta persona el trabajo o está en entrenamiento? ¿Trabajaba esta persona por su cuenta? Si contesta "No", escriba el nombre de la persona o empresa que pagó el dinero.

Número de Seguro Social:

Form for Social Security Number input





Sección N

Ingresos de la casa (continuación)

Otro dinero

¿Recibe alguien, o espera recibir, uno de los siguientes tipos de ingresos? .....  Sí  No
Si contesta "Sí", marque los otros tipos de ingresos que alguien recibe o podría recibir pronto.

- Dinero en efectivo o regalos
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
Seguro Social
Beneficios de jubilación
Beneficios de veteranos
Manutención de niños
Pensiones
Pagos por sufrir una lesión en el trabajo (compensación para trabajadores)
Pagos por perder un trabajo (compensación por desempleo)
Pensión alimenticia
Intereses o dividendos
Pagos de seguros privados
Préstamos pagados a alguien en su caso
Pagos para ayudar con los servicios públicos
Agricultura o pesca (después de pagar los gastos)
Renta o regalías (después de pagar los gastos)
Otro

Si alguien recibe, o espera recibir, uno de estos tipos de dinero, escriba los datos a continuación.

TIPO DE DINERO 1

Form fields for Tipo de dinero, Cantidad que recibe, Fecha del último pago, Nombre de la persona que recibe el dinero, and Persona, empresa o agencia que paga el dinero. Includes a frequency selection box: ¿Cada cuánto le pagan?

TIPO DE DINERO 2

Form fields for Tipo de dinero, Cantidad que recibe, Fecha del último pago, Nombre de la persona que recibe el dinero, and Persona, empresa o agencia que paga el dinero. Includes a frequency selection box: ¿Cada cuánto le pagan?

TIPO DE DINERO 3

Form fields for Tipo de dinero, Cantidad que recibe, Fecha del último pago, Nombre de la persona que recibe el dinero, and Persona, empresa o agencia que paga el dinero. Includes a frequency selection box: ¿Cada cuánto le pagan?

TIPO DE DINERO 4

Form fields for Tipo de dinero, Cantidad que recibe, Fecha del último pago, Nombre de la persona que recibe el dinero, and Persona, empresa o agencia que paga el dinero. Includes a frequency selection box: ¿Cada cuánto le pagan?

Número de Seguro Social:

Number of Social Security digits input field



**Sección 0**

**Gastos de vivienda**

Esta sección es sólo para personas que solicitan beneficios de comida del SNAP.



**Gastos de vivienda**

1. ¿Paga alguien uno de los gastos a continuación por la casa en la que viven?  
¿O por una casa adonde piensan regresar? .....  Sí  No

Si contesta "Sí", marque los gastos que tienen y escriba la cantidad:

- Renta o pago de la casa \$ \_\_\_\_\_
- Agua y drenaje \$ \_\_\_\_\_
- Teléfono \$ \_\_\_\_\_
- Electricidad \$ \_\_\_\_\_
- Seguro de la casa \$ \_\_\_\_\_
- Impuestos de la casa \$ \_\_\_\_\_
- Gas natural o propano \$ \_\_\_\_\_
- Otro \$ \_\_\_\_\_

2. Si paga renta, ¿cuál es el nombre y teléfono del dueño?

\_\_\_\_\_

**Nombre del dueño**

**Teléfono**

3. ¿Ayuda otra persona que no vive en la casa a alguien de su caso con los gastos de vivienda? .....  Sí  No

**Sección P**

**Gastos por el cuidado de otros**

**Gastos por el cuidado de otros**

¿Tiene alguien gastos por el cuidado de otros?  Sí  No

Si contesta "Sí", escriba los datos a continuación.

**EJEMPLOS**

- Gastos de cuidado de niños para que alguien pueda trabajar, buscar trabajo, recibir entrenamiento o ir a la escuela.
- Gastos para personas con discapacidades o adultos que necesitan ayuda con su propio cuidado.
- Pagos de manutención de niños, cuentas médicas y seguro médico para un niño que no vive en su casa.
- Pagos de pensión alimenticia.

**GASTO 1**

\_\_\_\_\_

**Tipo de gasto**

\_\_\_\_\_

**Nombre de la persona que recibe el cuidado o apoyo**

\_\_\_\_\_

**¿Quién paga el gasto?**

\$ \_\_\_\_\_

**Cantidad pagada**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Fecha del último pago**

**¿Cada cuánto se paga?**

- por día
- cada semana
- cada 2 semanas
- dos veces al mes
- una vez al mes
- otro: \_\_\_\_\_

**Persona o compañía que recibe el dinero** (nombre, dirección y teléfono)

Manutención de niños ordenada por la corte: nombre del niño que la recibe (dé una copia de la orden)

**GASTO 2**

\_\_\_\_\_

**Tipo de gasto**

\_\_\_\_\_

**Nombre de la persona que recibe el cuidado o apoyo**

\_\_\_\_\_

**¿Quién paga el gasto?**

\$ \_\_\_\_\_

**Cantidad pagada**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Fecha del último pago**

**¿Cada cuánto se paga?**

- por día
- cada semana
- cada 2 semanas
- dos veces al mes
- una vez al mes
- otro: \_\_\_\_\_

**Persona o compañía que recibe el dinero** (nombre, dirección y teléfono)

Manutención de niños ordenada por la corte: nombre del niño que la recibe (dé una copia de la orden)

**GASTO 3**

\_\_\_\_\_

**Tipo de gasto**

\_\_\_\_\_

**Nombre de la persona que recibe el cuidado o apoyo**

\_\_\_\_\_

**¿Quién paga el gasto?**

\$ \_\_\_\_\_

**Cantidad pagada**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Fecha del último pago**

**¿Cada cuánto se paga?**

- por día
- cada semana
- cada 2 semanas
- dos veces al mes
- una vez al mes
- otro: \_\_\_\_\_

**Persona o compañía que recibe el dinero** (nombre, dirección y teléfono)

Manutención de niños ordenada por la corte: nombre del niño que la recibe (dé una copia de la orden)

Número de Seguro Social:

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_



### Sección Q

## Gastos médicos

Esta sección es sólo para personas que solicitan beneficios de Medicaid, CHIP o beneficios de comida del SNAP.



### Gastos médicos

¿Paga gastos médicos alguien de 60 años o más, o alguien con una discapacidad?.....  Sí  No

Si contesta "Sí", marque el tipo de gastos que paga:  Doctor  
 Hospital  
 Medicamentos  
 Seguro médico

### Sección R

## Personas que le ayudan

### Personas que le ayudan

¿Le ayudó alguien a llenar esta solicitud?.....  Sí  No

Si contesta "Sí", díganos de esta persona:

Nombre

Relación u organización

Teléfono

Dirección

### Sección S

## Registro para votar (opcional)

### Registro para votar

Llenar la solicitud del registro para votar o negarse a registrarse no afectará la cantidad de ayuda que esta agencia le dará.

Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le interesa llenar hoy mismo la solicitud del registro para votar?.....  Sí  No

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SIGNIFICA QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. Si quiere ayuda para llenar la solicitud del registro para votar, podemos ayudarle. Usted decide si necesita o quiere aceptar la ayuda. Puede llenar la solicitud en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse o negarse a registrarse para votar, o con su derecho de escoger un partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja en Elections Division, Secretary of State, PO Box 12060, Austin, TX 78711. Teléfono: 1-800-252-8683

### Agency Use Only: Voter Registration Status/Sólo para uso de la agencia

- Already registered
- Client declined
- Agency transmitted
- Client to mail
- Mailed to client
- Other

Agency staff signature

Número de Seguro Social:



## Sección T

### Persona que puede actuar por usted

No olvide firmar la página 18.

## Persona que tiene el derecho de actuar por usted

Si quiere, puede darle a alguien el derecho de actuar por usted (un representante autorizado).

Esta persona puede:

- Dar y recibir datos para esta solicitud.
- Tomar cualquier acción necesaria para completar el proceso de solicitud. Esto incluye apelar una decisión de la HHSC.
- Tomar cualquier acción necesaria para inscribirse en Medicaid o CHIP. Esto incluye escoger un plan médico.
- Tomar cualquier acción necesaria para obtener beneficios. Esto incluye avisar sobre cambios y renovar beneficios.

¿Quiere que alguien tenga el derecho de actuar por usted, es decir, de ser su representante autorizado? .....  Sí  No

Si contesta "Sí", cuéntenos de esa persona (el representante autorizado) llenando el Apéndice C. Está incluido con esta solicitud.

## Sección U

### Información legal

## Información legal

### Su derecho de recibir un trato justo

Esta institución tiene prohibida la discriminación por raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y en algunos casos religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de EE. UU. también prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias, y donde aplique, creencias políticas, estado civil, situación familiar o parental, orientación sexual, o porque los ingresos de una persona provengan en su totalidad o en parte de algún programa de asistencia pública, o por información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las prohibiciones se aplicarán a todos los programas o actividades de empleo).

Si desea presentar una queja de Derechos Civiles por discriminación ante el USDA, llene la hoja *USDA Program Discrimination Complaint Form*, que encontrará en Internet en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para pedir la hoja. También puede escribir una carta que tenga toda la información solicitada en la hoja. Envíe la hoja de queja completamente llena o la carta por correo a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Las personas que son sordas o que tienen una discapacidad de la audición o del habla pueden llamar al USDA por medio del Federal Relay Service al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (español).

Para cualquier otra información sobre temas relacionados con el Programa SNAP, las personas deben comunicarse con la Línea Directa del SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también atiende en español, o llamar a las *Líneas Directas de Información Estatales* (haga clic en el enlace para obtener una lista de las líneas directas por estado), que encontrará en Internet en [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

Para presentar una queja por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU., escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC de Texas. Escriba a: HHSC Office of Civil Rights, 701 W. 51st St., MCW206, Austin, Texas 78751. O llame gratis al 1-888-388-6332 o al 1-877-432-7232 (TTY).

El USDA y el HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

### Ciudadanía y estado migratorio

Puede recibir beneficios para los niños que son ciudadanos de EE. UU. o inmigrantes legales aunque usted no sea ciudadano ni inmigrante legal. Usted no tiene que dar información sobre su ciudadanía o estado migratorio para recibir beneficios para sus niños. Sólo necesita dar la información sobre la ciudadanía o estado migratorio de las personas que solicitan beneficios. Si usted no es ciudadano de EE. UU. ni inmigrante legal, los únicos beneficios que podría recibir son los servicios de Medicaid de emergencia. Recibir atención a largo plazo (Medicaid para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades) o ayuda de dinero en efectivo (TANF) puede afectar su estado migratorio y la habilidad de obtener una tarjeta de residente permanente (tarjeta verde). Recibir otros beneficios no afectará su estado migratorio ni la habilidad de obtener una tarjeta de residente permanente. Antes de solicitar beneficios, le conviene hablar con alguna agencia que contesta las preguntas legales de inmigrantes. Los refugiados y las personas a quienes se les da asilo pueden recibir beneficios sin afectar su habilidad de obtener la tarjeta de residente permanente o la ciudadanía estadounidense.

### Números de Seguro Social

Sólo necesita dar el número de Seguro Social (SSN) de las personas que solicitan beneficios. Dar información sobre el SSN o solicitar uno es voluntario; sin embargo, las personas que no dan un SSN o no solicitan uno, no podrán recibir beneficios. Si no tiene un SSN, podemos ayudarle a solicitar uno si usted es ciudadano de EE. UU. o inmigrante legal. Tiene que ser ciudadano de EE. UU. o inmigrante legal para recibir un SSN. Si los niños tienen un SSN, puede recibir beneficios para ellos aunque usted no tenga uno. No damos los SSN al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas. Usaremos los SSN para verificar cuánto dinero recibe (ingresos), si puede recibir beneficios y la cantidad de beneficios que puede recibir. (7 C.F.R. 273.6 para beneficios de comida; 45 C.F.R. 205.52 para TANF y 42 C.F.R. 435.910 para atención médica.)

Número de Seguro Social:

				-															
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



## Sección V

# Declaración de entendimiento

Lea la Sección V antes de firmar la página 18.



## Todos los programas de beneficios

### Datos que la HHSC tiene sobre mí

La HHSC usa los datos de las personas que solicitan beneficios para decidir: (1) quién puede recibir beneficios y (2) la cantidad de los beneficios. La HHSC compara los datos personales con el Sistema federal de Verificación de Ingresos y de Elegibilidad. Si los datos no corresponden, la HHSC revisará otras fuentes (bancos, empleadores, etc.). Si la persona que solicita beneficios tiene un número de registro de inmigrante, la HHSC tiene que verificarlo por medio del sistema del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. (USCIS). La HHSC no dará al USCIS los datos de nadie.

En la mayoría de los casos, puedo ver y obtener los datos que la HHSC tiene sobre mí. Esto incluye los datos que doy a la HHSC y los datos que la HHSC obtiene de otras fuentes (historial médico, antecedentes laborales, etc.). Es posible que tenga que pagar para obtener una copia de estos datos. Puedo pedir a la HHSC que corrija cualquier información incorrecta. No tengo que pagar para corregir un error. Para pedir una copia o corregir un error, puedo llamar al 2-1-1 o a la oficina local de beneficios de la HHSC.

### Confidencialidad de mis datos

La HHSC mantendrá privados mis datos si fueron recopilados:

- Por el personal de la HHSC o por un proveedor contratado por la HHSC.
- Para saber si puedo recibir beneficios estatales.

La HHSC puede dar información sobre mis datos:

- Cuando sea necesario para que reciba beneficios estatales de atención médica.
- A compañías de teléfono y de servicios públicos. Pueden averiguar si la cantidad de mi cuenta puede ser reducida. La HHSC les dará mi nombre, dirección y teléfono.

## Ayuda de dinero en efectivo de TANF para familias

### Manutención de niños o pensión alimenticia

Acepto:

- Dejar que el estado se quede con la manutención de niños o pensión alimenticia que se debe a cualquier persona mientras reciba beneficios de TANF.
- Dejar que el estado se quede con este dinero después de que terminen los beneficios de TANF, si la cantidad que alguien recibió todavía no se ha pagado.
- Avisar a la HHSC sobre cualquier dinero que alguien reciba.
- Cooperar con la HHSC para que obtenga este dinero; de no hacerlo, sería una violación de la ley.

El estado sólo se quedará con la cantidad permitida por la ley.

### Si doy información falsa

Si decido no decir la verdad, podría:

- Ser acusado y castigado por cometer un delito. (Esto podría incluir ir a la cárcel hasta por 10 años o estar bajo supervisión comunitaria).
- Tener que pagar los beneficios que recibí.
- Jamás volver a recibir ayuda de TANF.



## Beneficios de comida del SNAP

### Decir la verdad

Cualquier persona que solicita o recibe beneficios del SNAP tiene que:

- Decir la verdad.
- No cambiar ni vender los beneficios del SNAP, la tarjeta Lone Star ni otros artículos que permiten que alguien reciba beneficios del SNAP.
- No usar ni tener tarjetas Lone Star ni otros artículos que no le pertenecen.

### Una persona que decide no decir la verdad podría:

- No recibir beneficios del SNAP por un año o más.
- Recibir una multa de hasta \$250,000 o una sentencia de hasta 20 años de cárcel, o las dos.
- Perder el reembolso de impuestos.
- Ser acusado de otros delitos.
- Tener que pagar los beneficios que recibí.
- Jamás volver a recibir beneficios del SNAP.

Lo mismo le podría pasar a alguien que permite que otra persona use su tarjeta Lone Star.

### Datos que alguien dice o le da a la HHSC

La HHSC usa los datos que recibe, incluso los números de Seguro Social, para:

- Verificar que esa persona puede recibir beneficios.
- Comparar los datos personales de esa persona con programas de comparaciones por computadora y compañías de informes de crédito.
- Asegurar que esa persona está cumpliendo con las reglas del programa de beneficios.
- Ayudar a otras agencias a verificar si la persona puede recibir otros beneficios.
- Recuperar los beneficios que la persona no debió haber recibido.
- Dar los datos de esa persona: (1) a otras agencias estatales y federales (por ejemplo, la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, la Administración del Seguro Social y el Servicio de Impuestos Internos); (2) a las autoridades policiales y judiciales para que puedan encontrar a personas que forman parte del caso de beneficios (el hogar) de esa persona y que se buscan por haber huido de la ley; y (3) a agencias de cobros federales, estatales y privadas que trabajan para cobrar el sobreprecio de beneficios de comida.

(Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, enmendada, 7 U.S.C. 2011-2036).

Más en la página siguiente



Número de Seguro Social:

			-						
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--



## Sección W

# Declaración de entendimiento



### Asegúrese de...

1. Firmar y escribir la fecha en la página 1 (si no la envié antes).
2. Incluir los "Documentos que necesitamos" que aparecen en la primera sección.
3. Firmar y escribir la fecha en esta hoja.

## Medicaid

### Si doy información falsa

Si decido no decir la verdad:

- Me pueden acusar de un delito.
- Quizás tenga que pagar los beneficios que recibí.

Lo mismo podría pasar si dejo que otra persona use mi tarjeta de seguro médico o mi identificación de Medicaid.

### Uso de mis datos personales

Acepto que los proveedores de atención médica de Medicaid (doctores, farmacias, hospitales, etc.) divulguen mis datos personales a la HHSC. Esto permitirá que Medicaid pague a los proveedores.

### Pagos de manutención médica y de niños

Dependiendo de mi caso de beneficios, el Procurador General (es decir, el estado) puede verificar que estoy recibiendo la cantidad correcta de cobertura médica o de pagos de manutención médica o de niños.

- Si sólo el niño recibe beneficios de Medicaid, puedo decidir si quiero que el estado ayude a obtener cualquier pago o cobertura que debemos recibir pero que no recibimos ahora.
- Si el niño y yo recibimos beneficios de Medicaid, tengo que:
  - Ayudar al estado a obtener cualquier pago y cobertura que debemos recibir pero que no recibimos ahora.

Si no ayudo al estado, el niño puede recibir beneficios de Medicaid, pero es posible que yo no.

- Identificar al padre o a la madre del niño.
- Dejar que el estado se quede con cualquier pago de manutención médica.

- Reconozco que se me pedirá que coopere con la agencia que cobra la manutención médica al padre ausente. Si creo que esta cooperación puede perjudicarme a mí o a mis hijos, puedo avisar a la HHSC y tal vez no tenga que cooperar.

Si recibo beneficios de Medicaid, la HHSC se quedará con los pagos de servicios médicos que puedo obtener de otras fuentes, como:

- Mi seguro médico.
- El dinero que reciba debido a una lesión.
- Dinero que la Procuraduría General cobre para mí o para los niños.

Tengo que avisarle a la HHSC sobre estas fuentes. De no hacerlo, sería una violación de la ley.

La HHSC sólo se quedará con la cantidad de los pagos de servicios médicos y de manutención médica que permite la ley. Cooperaré con la HHSC para que reciba estos fondos.

Al firmar a continuación, acepto:

- Que la HHSC y otras agencias estatales, federales y locales revisen, compartan y obtengan los datos personales de cualquier persona que forma parte de mi caso de beneficios (hogar).
- Que otra persona, compañía u organización comparta con la HHSC los datos personales que tienen de cualquier persona que forma parte de mi caso de beneficios (hogar).
- Que los datos que se verificarán y divulgarán incluyan cualquier información que les ayude a decidir: (1) quién puede recibir beneficios y (2) la cantidad de los beneficios.

## Mis respuestas son verdaderas

Firme aquí para mostrar que acepta:

Certifico bajo pena de perjurio que la información que doy en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Si no lo es, se me puede enjuiciar penalmente.

### ■ Persona que solicita beneficios o su representante autorizado:

Firme aquí

 /  / 

Fecha (mes/día/año)

### ■ Padre, tutor legal o apoderado de la persona que solicita beneficios:

Firme aquí (tiene que dar una prueba de que tiene este derecho)

 ( ) - 

Teléfono

 /  / 

Fecha (mes/día/año)

### ■ Testigo (sólo se necesita si alguna de las personas anteriores firma con una "X" u otra marca):

Firme aquí

 /  / 

Fecha (mes/día/año)

Nombre del testigo en letra de molde

¿Está listo para enviarnos esta solicitud? Vea "Cómo entregar la solicitud" al final de la página A.

Número de Seguro Social:

**Solicitud de beneficios**  
**Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas**

H1010-S  
5/2015  
Página 18



# ¿Solicita o está renovando beneficios de Medicaid o CHIP? Si contesta “Sí”, tiene que llenar esta hoja.

## ¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD?

Podemos ayudarle sin costo alguno. Llámenos al 2-1-1 o al 1-877-541-7905 (después de escoger un idioma, oprima el 2). Si tiene una discapacidad de la audición o del habla, llame a 7-1-1 o a cualquier servicio de transmisión (relay).

### Sección 1

## Su declaración de impuestos del IRS

Tiene que llenar, firmar y enviar esta hoja con su solicitud de beneficios.

¿Tiene miedo de darnos datos sobre una persona porque piensa que podría causarles daño (físico o emocional) a usted o a su niño?

Si contesta sí, podría no tener que darnos los datos sobre esta persona. Posiblemente pueda obtener una “Exención de Violencia Doméstica”.

Cada persona que aparece en la Sección H de la solicitud de Your Texas Benefits tiene que contestar las preguntas a continuación (Sección 1). Las personas que deben incluirse en la sección H y que deben contestar las preguntas son:

- Usted.
- Su esposo(a).
- Sus niños de 20 años y menores que viven con usted.
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos del IRS, aunque no viva con usted.
- Cualquier persona de 20 años o menor a quien cuida y que vive con usted.

(Aún puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración de impuestos del IRS).

### Persona 1: (contacto principal o jefe del hogar)

Nombre	Segundo nombre	Apellido
--------	----------------	----------

Si es casado(a), nombre de su esposo(a):

¿Va a presentar una declaración de impuestos del IRS el próximo año? .....  Sí  No

Si contesta “Sí”, conteste las preguntas a, b y c. Si contesta “No”, siga a la pregunta c. ← | ← |

a. ¿Presentará la declaración conjuntamente con su esposo(a)? .....  Sí  No

b. ¿Reclamará dependientes en su declaración de impuestos? .....  Sí  No

Si contesta “Sí”, escriba los nombres de los dependientes:

c. ¿Lo reclamará alguien a usted como dependiente en la declaración de impuestos? .....  Sí  No

Si contesta “Sí”, escriba el nombre del declarante:

¿Qué relación tiene usted con el declarante?



Más en la página 2







**Sección 1**

**Su declaración de impuestos del IRS**

(continuación)

**Persona 4:**

\_\_\_\_\_

**Nombre** **Segundo nombre** **Apellido**

**Si es casado(a), nombre de su esposo(a):**

\_\_\_\_\_

¿Va a presentar una declaración de impuestos del IRS el próximo año? .....  Sí  No

**Si contesta "Sí", conteste las preguntas a, b y c. Si contesta "No", siga a la pregunta c.** ← | ←

a. ¿Presentará la declaración conjuntamente con su esposo(a)? .....  Sí  No

b. ¿Reclamará dependientes en su declaración de impuestos? .....  Sí  No

**Si contesta "Sí", escriba los nombres de los dependientes:**

\_\_\_\_\_

c. ¿Lo reclamará alguien a usted como dependiente en la declaración de impuestos? ..  Sí  No

**Si contesta "Sí", escriba el nombre del declarante:**

**¿Qué relación tiene usted con el declarante?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Vive la Persona 4 en la misma dirección que la Persona 1? .....  Sí  No

**Si contesta "No", ¿cuál es la dirección de la Persona 4?**

\_\_\_\_\_

**Persona 5:**

\_\_\_\_\_

**Nombre** **Segundo nombre** **Apellido**

**Si es casado(a), nombre de su esposo(a):**

\_\_\_\_\_

¿Va a presentar una declaración de impuestos del IRS el próximo año? .....  Sí  No

**Si contesta "Sí", conteste las preguntas a, b y c. Si contesta "No", siga a la pregunta c.** ← | ←

a. ¿Presentará la declaración conjuntamente con su esposo(a)? .....  Sí  No

b. ¿Reclamará dependientes en su declaración de impuestos? .....  Sí  No

**Si contesta "Sí", escriba los nombres de los dependientes:**

\_\_\_\_\_

c. ¿Lo reclamará alguien a usted como dependiente en la declaración de impuestos? ..  Sí  No

**Si contesta "Sí", escriba el nombre del declarante:**

**¿Qué relación tiene usted con el declarante?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Vive la Persona 5 en la misma dirección que la Persona 1? .....  Sí  No

**Si contesta "No", ¿cuál es la dirección de la Persona 5?**

\_\_\_\_\_

Si más de 5 personas solicitan beneficios, añada más hojas con los mismos datos.



## Sección 2

### Deducciones de los impuestos que reclama

Díganos sobre las cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos del IRS. Si alguien tiene deducciones, los costos de la cobertura médica podrían ser un poco más bajos.

## Deducciones de los impuestos

Marque todas las que apliquen, escriba la cantidad y cada cuánto la paga. (No incluya costos que ya incluyó como parte de la cantidad neta de trabajo por su cuenta).

- Pensión alimenticia que paga \$ \_\_\_\_\_ ¿Cada cuánto? \_\_\_\_\_
- Interés del préstamo estudiantil \$ \_\_\_\_\_ ¿Cada cuánto? \_\_\_\_\_
- Otras deducciones, como gastos de educador, cuentas de ahorro para la salud, gastos de mudanza, matrícula y tarifas \$ \_\_\_\_\_ ¿Cada cuánto? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Si tiene alguna de estas deducciones, tendrá que enviarnos una copia de la declaración de impuestos del año pasado.

## Sección 3

### Información sobre las personas que solicitan beneficios

## Información sobre las personas que solicitan beneficios

1. ¿Viaja un niño que solicita atención médica con un familiar que es trabajador de campo migrante? .....  Sí  No  
**Si contesta sí, ¿cuál es el nombre del niño o de los niños?**
2. ¿Participa un niño en el programa de Niños con Necesidades Médicas Especiales? .....  Sí  No  
**Si contesta "Sí", ¿quién?**
3. ¿Es alguien indio americano o nativo de Alaska? .....  Sí  No  
**Si contesta "Sí", tiene que llenar el Apéndice B: Familiar indio americano o nativo de Alaska. La hoja está incluida con esta solicitud.** ←
4. ¿Estuvo alguien bajo crianza temporal cuando tenía 18 años o más? .....  Sí  No  
**Si contesta "Sí", ¿quién?**  **¿En qué estado?**
5. ¿Es alguien un menor refugiado sin compañía? Esto significa que la persona: (1) no vive con un pariente, (2) tiene 18 años o menos y (3) es un refugiado. ....  Sí  No  
**Si contesta "Sí", ¿quién?**
6. ¿Estuvo alguien en un programa de Reubicación de Refugiados para Menores Sin Compañía a los 18 años o más? .....  Sí  No  
**Si contesta "Sí", ¿quién?**  **¿En qué estado?**
7. ¿Vive fuera del hogar el padre o madre de algún niño que se menciona en esta solicitud? .....  Sí  No



### Sección 4

## Dinero que recibe

### Dinero que recibe

Sólo llene esta sección si la cantidad de dinero que recibe cambia o podría cambiar de mes a mes. Si no espera cambios en sus ingresos mensuales, siga con la próxima pregunta.

Sus ingresos totales este año:

\$

Sus ingresos totales el próximo año (si cree que será diferente):

\$

### Sección 5

## Seguro que ofrece su trabajo

### Seguro que ofrece su trabajo

1. ¿Puede obtener seguro médico alguien mencionado en esta solicitud por medio de un trabajo? (Marque "Sí" aunque la cobertura sea del trabajo de otra persona, por ejemplo, de un padre o esposo). .....  Sí  No

Si contesta "Sí", llene el "Apéndice A: Cobertura médica del trabajo".

2. ¿Tenía seguro alguien por medio de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses? .....  Sí  No

Si contesta "Sí", ¿quién?

Si contesta "Sí", fecha de terminación:

Si contesta "Sí", razón por la que terminó el seguro:

- Terminó el empleo del padre debido a cortes de personal o cierre de la empresa.
- Cambió el estado civil del padre o madre.
- Terminaron los beneficios de Medicaid de otro estado.
- Terminó la cobertura de COBRA del padre o madre.
- Terminaron los beneficios de CHIP de otro estado.
- Terminó la cobertura médica privada.
- Otra: \_\_\_\_\_

### Sección 6

## Lea y firme esta solicitud

A. ¿Está en la cárcel alguien que solicita cobertura médica? .....  Sí  No

Si contesta "Sí", ¿quién está en la cárcel?

### B. Cómo renovar su cobertura médica en años futuros

Para que sea más fácil saber si puedo recibir ayuda para pagar la cobertura médica en años futuros, acepto que la agencia use datos sobre el dinero que recibo (datos de ingresos), entre ellos, la información de las declaraciones de impuestos. La agencia me enviará un aviso, me permitirá que haga cambios y puedo cancelar (decidir no participar) en cualquier momento.

Acepto: Sí, la agencia puede obtener los datos mencionados antes y renovar mi cobertura médica sin preguntarme durante los próximos:

- 5 años (el máximo permitido)
- 3 años
- No use información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.
- 4 años
- 2 años
- 1 año

Firme aquí

/  /

Fecha (mes/día/año)

# APÉNDICE A



## Cobertura médica del trabajo

Usted **NO** tiene que contestar estas preguntas a menos que alguien en el hogar pueda obtener cobertura médica de un trabajo. Añada una copia de esta página para cada trabajo que ofrece cobertura.

Díganos sobre el **trabajo** que ofrece cobertura.

Lleve la **Herramienta de cobertura del empleador** en la **página siguiente al empleador que ofrece cobertura para que le ayude a contestar estas preguntas.**

**Sólo necesita incluir esta página al enviar su solicitud, no la Herramienta de cobertura del empleador.**

### Información del EMPLEADO

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social del empleado ____ - ____ - _____
---	--

### Información del EMPLEADOR

3. Nombre del empleador	4. Número de identificación del empleador (EIN) ____ - _____	
5. Dirección del empleador	6. Teléfono del empleador ( ) -	
7. Ciudad	8. Estado	Código postal
10. ¿Con quién podemos comunicarnos sobre cobertura médica para empleados en este trabajo?		
11. Teléfono (si es diferente del anterior) ( ) -	12. Dirección de correo electrónico	

13. **¿Puede obtener la cobertura que ofrece este empleador en este momento, o podrá obtenerla en los próximos 3 meses?**

**Sí** (Continúe)

13a. Si está en un período de espera o probatorio, ¿cuándo podrá inscribirse en la cobertura? \_\_\_\_\_  
(mes/día/año)

Escriba el nombre de cualquier otra persona que pueda obtener la cobertura de este trabajo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

**No** (Pare aquí y vaya a la página 9, Sección L)

Díganos sobre el **plan médico** que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan médico que satisfaga el estándar de valor mínimo\*?  Sí  No

15. Para el plan más económico que cumpla con el estándar de valor mínimo\* **sólo para el empleado** (no incluya planes familiares):  
Si el empleador tiene programas de bienestar, escriba la prima que el empleado pagaría si recibe el máximo descuento por cualquier programa de cesación de tabaco, y no recibe ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar en primas el empleado para este plan? \$ \_\_\_\_\_

b. ¿Cada cuánto?  Cada semana  Cada dos semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes  Cada 3 meses  Una vez al año

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si lo sabe)?

El empleador no ofrecerá cobertura médica.

El empleador empezará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima del plan más económico disponible sólo al empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo.\* (La prima debe reflejar el descuento por programas de bienestar. Vea la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendrá que pagar en primas el empleado para ese plan? \$ \_\_\_\_\_

b. ¿Cada cuánto?  Cada semana  Cada dos semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes  Cada 3 meses  Una vez al año

Fecha de cambio (mes/día/año): \_\_\_\_\_

\*Un plan médico patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan del total de los costos de beneficio permitidos cubiertos por el plan es por lo menos el 60 por ciento de los costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986)

# HERRAMIENTA DE COBERTURA DEL EMPLEADOR



Use esta herramienta para ayudar a contestar las preguntas en el Apéndice A sobre la cobertura médica del empleador que puede recibir (incluso si es del trabajo de otra persona, como un padre o esposo). La información en las casillas numeradas a continuación concuerda con las casillas del Apéndice A. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta 14 en esta página debe concordar con la pregunta 14 del Apéndice A.

Escriba su nombre y número de Seguro Social en las casillas 1 y 2 y pídale al empleador que llene el resto de la solicitud. Llene una herramienta para cada empleador que ofrece cobertura médica.



## Información del EMPLEADO

El empleado tiene que llenar esta sección.

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social ____ - ____ - _____
---	---



## Información del EMPLEADOR

Pida esta información al empleador.

3. Nombre del empleador	Número de identificación del empleador (EIN) ____ - _____	
5. Dirección del empleador (HHSC enviará avisos a esta dirección)	6. Teléfono del empleador ( ) - _____	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
10. ¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura médica para empleados en este trabajo?		
11. Teléfono (si es diferente del anterior) ( ) - _____	12. Dirección de correo electrónico	

### 13. ¿Puede el empleado obtener la cobertura que ofrece el empleador en este momento o podrá obtenerla en los próximos 3 meses?

Sí (Continúe)

13a. Si el empleado no puede obtener cobertura en este momento, como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo podrá obtenerla? \_\_\_\_\_ (mes/día/año) (Continúe)

No (PARE y entréguele esta hoja al empleado)

### Díganos sobre el plan médico que ofrece este empleador.

¿Ofrece el empleador un plan médico que cubre al esposo, a la esposa o al dependiente de un empleado?

Sí. ¿A quiénes cubre?  Esposo(a)  Dependiente(s)

No

(Siga a la pregunta 14)

14. ¿Ofrece el empleador un plan médico que satisfaga el estándar de valor mínimo\*?

Sí (Siga a la pregunta 15)  No (PARE y entréguele la hoja al empleado)

15. Para el plan más económico que cumpla con el estándar de valor mínimo\* **sólo para el empleado** (no incluya planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, escriba la prima que el empleado pagará si recibe el máximo descuento por cualquier programa de cesación de tabaco, y no recibe ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar en primas el empleado para este plan? \$ \_\_\_\_\_

b. ¿Cada cuánto?  Cada semana  Cada dos semanas  2 veces al mes  Una vez al mes  Cada 3 meses  Una vez al año

Si el año del plan terminará pronto y sabe que van a cambiar los planes de salud ofrecidos, siga a la pregunta 16. Si no sabe, PARE y entréguele la hoja al empleado.

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan?

El empleador no ofrecerá cobertura médica.

El empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima del plan más económico disponible sólo para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo.\* (La prima debe reflejar el descuento para programas de bienestar. Vea la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendrá que pagar en primas el empleado para ese plan? \$ \_\_\_\_\_

b. ¿Cada cuánto?  Cada semana  Cada dos semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes  Cada 3 meses  Una vez al año

Fecha de cambio (mes/día/año): \_\_\_\_\_

\*Un plan médico patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan del total de los costos de beneficios permitidos, cubiertos por el plan es por lo menos el 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986)

# APÉNDICE B



## Familiar indio americano o nativo de Alaska (AI/AN)

Llene este apéndice si usted o un familiar es indio americano o nativo de Alaska. Envíelo con su solicitud.

### Díganos sobre el familiar que es indio americano o nativo de Alaska.

Los indios americanos y nativos de Alaska pueden recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas urbanos de salud indígena. Además, quizás no tengan que pagar parte de los costos y podrían tener períodos especiales de inscripción mensual. Conteste las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia reciba toda la ayuda posible.

**NOTA:** Si quiere incluir más personas, haga una copia de esta página y añádala.

	PERSONA AI/AN 1	PERSONA AI/AN 2
1. Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido)	Nombre                      Segundo nombre  Apellido	Nombre                      Segundo nombre  Apellido
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?	<input type="checkbox"/> Sí <b>Si contesta "Sí"</b> , ¿cuál es el nombre de la tribu? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <b>Si contesta "Sí"</b> , ¿cuál es el nombre de la tribu? _____ <input type="checkbox"/> No
3. ¿Alguna vez ha recibido esta persona un servicio del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa urbano de salud indígena, o por medio de un envío a servicios de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si contesta "No"</b> , ¿puede esta persona recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas urbanos de salud indígena, o por medio de un envío a servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si contesta "No"</b> , ¿puede esta persona recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas urbanos de salud indígena, o por medio de un envío a servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Algún dinero recibido quizás no cuente para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Mencione todos los ingresos (cantidad y cada cuánto) que aparecen en su solicitud que incluye dinero de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagos per cápita de una tribu que vienen de recursos naturales, derechos de uso, contratos de arrendamiento o regalías</li> <li>• Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de terreno designado como tierra indígena en fideicomiso por el Departamento del Interior (incluso reservas actuales y anteriores)</li> <li>• Dinero de la venta de artículos de importancia cultural</li> </ul>	\$ _____  ¿Cada cuánto? _____	\$ _____  ¿Cada cuánto? _____

# APÉNDICE C



## Ayuda para llenar esta solicitud

### Puede escoger a un representante autorizado.

Si quiere, puede darle a alguien el derecho de actuar por usted (un representante autorizado)

Esta persona puede:

- Dar y obtener datos sobre esta solicitud.
- Tomar cualquier acción necesaria durante el proceso de solicitud. Esto incluye apelar una decisión de la HHSC.
- Tomar cualquier acción necesaria para inscribirse en Medicaid o CHIP. Esto incluye escoger un plan médico.
- Tomar cualquier acción necesaria para obtener beneficios. Esto incluye avisar sobre cambios y renovar beneficios.

Solo puede tener un representante autorizado para todos sus beneficios de la HHSC. Si quiere cambiar su representante autorizado: (1) entre a su cuenta de YourTexasBenefits.com para avisar sobre el cambio, o (2) llame al 2-1-1 (después de escoger un idioma, oprima el 2). Si es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, envíenos prueba de esto con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Nombre, segundo nombre, apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento o lote
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal
7. Teléfono (     )     -		
8. Nombre de la organización		9. Número de identificación de la organización (si aplica)
<b>Al firmar, usted permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe por usted en todo asunto futuro con esta agencia.</b>		
10. Su firma		11. Fecha (mes/día/año)

### For certified application counselors, navigators, agents, and brokers only./Solo para uso de los consejeros certificados de solicitudes, navegantes, agentes e intermediarios solamente.

Complete this section if you're a certified application counselor, navigator, agent, or broker filling out this application for somebody else.

1. Application start date (mm/dd/yyyy)	
2. First name, middle name, last name, & suffix	
3. Organization name	4. Organization ID number (if applicable)