



Your Texas Benefits: Solicitud

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 Familiares:** Ayuda para abuelos, tíos, hermanos mayores de 25 años, que cuidan de familiares menores que reciben beneficios de TANF. El familiar puede recibir \$1,000 solo una vez en la vida.



Beneficios de atención médica 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.

Healthy Texas Women

Ofrece servicios de salud y de planificación familiar gratuitos a mujeres de 15 a 44 años de edad.

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 20 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 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
- 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 20 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.

Las mujeres de 15 a 44 años que no pueden recibir Medicaid o CHIP quizás puedan recibir servicios del programa Healthy Texas Women. Para las jóvenes de 15 a 17 años, uno de los padres o el tutor legal tiene que solicitar los beneficios. Para saber más, visite HealthyTexasWomen.org o 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

Información importante para antiguos miembros de las Fuerzas Armadas

Las mujeres y los hombres que hayan pertenecido a cualquier cuerpo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (incluidos el Ejército, la Armada, la Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el cuerpo de reservistas o la Guardia Nacional) podrían recibir beneficios y servicios adicionales. Para más información, visite el Portal de Texas para Veteranos en <https://veterans.portal.texas.gov/hagar>.



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 2 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 2 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 o Healthy Texas Women para mujeres de 15 a 17 años Si la solicitante tiene entre 15 y 17 años, alguno de sus padres o su tutor legal deben llenar la solicitud para el programa Healthy Texas Women.



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

- Si la solicitante tiene entre 15 y 17 años, alguno de sus padres o su tutor legal deben llenar la solicitud para el programa Healthy Texas Women.
- **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.
- **Solo si solicita Medicaid o CHIP - 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.
- La más reciente declaración de impuestos para comprobar las deducciones de impuestos.
- Si paga o recibe una pensión alimenticia, el acta de divorcio o acuerdo de separación más actualizado.

Si está solicitando

Medicaid para Mujeres Embarazadas o para un Adulto o Healthy Texas Women

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 2 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.
- La más reciente declaración de impuestos para comprobar las deducciones de impuestos.
- Si paga o recibe una pensión alimenticia, el acta de divorcio o acuerdo de separación más actualizado.



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 y 20 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:



Beneficios de comida del SNAP



Ayuda de dinero en efectivo para familias de TANF



Medicaid o CHIP:

- Niños
- Adulto que cuida a un niño
- Adulto que no cuida a un niño
- Mujeres embarazadas
- Healthy Texas Women

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

Podría recibir beneficios de comida del programa SNAP el siguiente día laboral si usted:

- Es un trabajador agrícola migrante o de temporada,
- Tiene \$100 o menos disponibles en efectivo o en cuentas bancarias y espera ganar menos de \$150 este mes, o
- Tiene gastos de vivienda o servicios públicos que superan su dinero en efectivo, cuentas bancarias e ingresos que espera este mes.

Conteste estas preguntas para todas las personas que viven en su hogar.

1. ¿Hay alguien en su hogar que sea trabajador agrícola migrante o de temporada?..... Sí No

2. ¿Tiene alguien en la casa dinero en el banco o en efectivo? .. Sí No

\$ _____
Cantidad

3. ¿Espera alguien en la casa recibir dinero este mes? (Esto incluye el dinero que le pagan por trabajar, la manutención de niños, el Seguro Social y el desempleo.) Sí No

\$ _____
Cantidad

4. ¿Paga alguien en el hogar los gastos de vivienda y servicios públicos? (Esto incluye renta, hipoteca, agua, gas, electricidad, alcantarillado, basura, teléfono e impuestos sobre la propiedad.) Sí No

\$ _____
Cantidad

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.



Firme aquí (o pídale a una persona que tiene derecho de actuar por usted que firme) Fecha

Más en la página 2.

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



Para información sobre cómo entregar su solicitud, vea la página 3.





Sección C

Mujeres embarazadas

Esta sección es sólo para personas que solicitan beneficios de atención medica.



¿Está embarazada alguien en su hogar? Sí No
↓

¿Cuántos bebés espera?

Si contesta "Sí", ¿quién?
¿Es este su primer embarazo? Sí No Fecha de parto / /

¿Cuál es el nombre y apellido del padre del bebé que está por nacer?

Nombre Apellido

¿Alguna persona en su hogar estuvo embarazada en los últimos 12 meses? Sí No
↓

Si contesta "Sí", ¿quién?
Si contesta "Sí", ¿cuándo terminó el embarazo? / /

Sección D

Servicio militar

Entre las siguientes fuerzas armadas:
• Fuerzas Armadas de EE. UU. • Guardia Nacional • Reserva del Ejército • Fuerzas Militares Estatales

¿Es alguien un miembro en servicio activo? Sí No
↓

Si contesta "Sí", ¿quién?
¿Es alguien veterano, incluso si ha sido dado de baja o ha salido del servicio militar? 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 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: _____ Screened by: _____
Date screened: _____ Case: _____

Número de Seguro Social:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



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

[Empty line for name]

Nombre	Segundo nombre	Apellido
[][][] - [][][] - [][][][]	[][][] / [][][] / [][][][]	[][][][] / [][][][] / [][][][]

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

[Empty line for email]

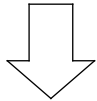
Correo electrónico

¿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	¿Vive en Texas? ○ Sí ○ No
○ Separado ○ Viudo	¿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 Familiares
 - Medicaid o CHIP para:**
 - Niños
 - Un adulto que cuida a un niño
 - Un adulto que no cuida a un niño
 - Mujeres embarazadas
 - Healthy Texas Women

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

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





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 Familiares

Medicaid o CHIP para:

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

Si solicita beneficios de Medicaid, CHIP o Healthy Texas Women :

También tiene que llenar la solicitud adjunta:

"¿Solicita o está renovando beneficios de Medicaid, CHIP o Healthy Texas Women?"



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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 del Seguro Social	Número de jubilación de ferrocarril
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Divorciado	Preguntas opcionales	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	<input type="radio"/> Hispano o latino
<input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo		Marque uno o más: <input type="radio"/> Negro o afroamericano	

¿Vive en Texas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Indio americano o nativo de Alaska
¿Piensa quedarse en Texas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Nativo de Hawai o isleño del Pacífico
	<input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Blanco

¿Va a la escuela esta persona? Sí No

Si contesta "Sí", ¿va esta persona a tiempo completo? Sí No

¿Es esta persona ciudadana de EE. UU.? Si no lo es, dé los datos a continuación Sí No

¿Es esta persona un refugiado o inmigrante admitido legalmente? Sí No

Si esta persona tiene un patrocinador, escriba el nombre del patrocinador.	Fecha en que la persona entró a EE. UU. (mes/día/año)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Está la persona registrada con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU.? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Número de registro de inmigrante
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 del Seguro Social	Número de jubilación de ferrocarril
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Divorciado	Preguntas opcionales	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	<input type="radio"/> Hispano o latino
<input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo		Marque uno o más: <input type="radio"/> Negro o afroamericano	

¿Vive en Texas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Indio americano o nativo de Alaska
¿Piensa quedarse en Texas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Nativo de Hawai o isleño del Pacífico
	<input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Blanco

¿Va a la escuela esta persona? Sí No

Si contesta "Sí", ¿va esta persona a tiempo completo? Sí No

¿Es esta persona ciudadana de EE. UU.? Si no lo es, dé los datos a continuación Sí No

¿Es esta persona un refugiado o inmigrante admitido legalmente? Sí No

Si esta persona tiene un patrocinador, escriba el nombre del patrocinador.	Fecha en que la persona entró a EE. UU. (mes/día/año)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Está la persona registrada con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU.? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Número de registro de inmigrante
<input type="text"/>	<input type="text"/>



Sección H

Personas que solicitan beneficios



Marque los beneficios que la Persona 4 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 Familiares
- Medicaid o CHIP para:**
- Niños
- Un adulto que cuida a un niño
- Un adulto que no cuida a un niño
- Mujeres embarazadas
- Healthy Texas Women

Persona 4: 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 del Seguro Social	Número de jubilación de ferrocarril
<input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo		Preguntas opcionales		<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hispano o latino Marque uno o más: <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Nativo de Hawai o isleño del Pacífico <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Blanco	
¿Vive en Texas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿Piensa quedarse en Texas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
¿Va a la escuela esta persona? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
Si contesta "Sí", ¿va esta persona a tiempo completo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
¿Es esta persona ciudadana de EE. UU.? Si no lo es, dé los datos a continuación <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
¿Es esta persona un refugiado o inmigrante admitido legalmente? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			Número de registro de inmigrante		
[][][][][]			[][][][][]		

Si solicita beneficios de Medicaid, CHIP o Healthy Texas Women:

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



Marque los beneficios que la Persona 5 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 Familiares
- Medicaid o CHIP para:**
- Niños
- Un adulto que cuida a un niño
- Un adulto que no cuida a un niño
- Mujeres embarazadas
- Healthy Texas Women

Persona 5: 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 del Seguro Social	Número de jubilación de ferrocarril
<input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo		Preguntas opcionales		<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hispano o latino Marque uno o más: <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Nativo de Hawai o isleño del Pacífico <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Blanco	
¿Vive en Texas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿Piensa quedarse en Texas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
¿Va a la escuela esta persona? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
Si contesta "Sí", ¿va esta persona a tiempo completo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
¿Es esta persona ciudadana de EE. UU.? Si no lo es, dé los datos a continuación <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
¿Es esta persona un refugiado o inmigrante admitido legalmente? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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:

- Dígame 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).

Nombre del niño 1: _____	
PADRE	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 _____
MADRE	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	

Nombre del niño 2: _____	
PADRE	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 _____
MADRE	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: _____

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

MADRE	Nombre y apellido de la madre	Apellido de soltera de la madre	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Número de Seguro Social de la madre	Fecha de nacimiento de la madre (mes/día/año)	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección postal de la madre		Ciudad	Estado
Código Postal		Empleado	
Teléfono de la madre () -			
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: _____

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

MADRE	Nombre y apellido de la madre	Apellido de soltera de la madre	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Número de Seguro Social de la madre	Fecha de nacimiento de la madre (mes/día/año)	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección postal de la madre		Ciudad	Estado
Código Postal		Empleado	
Teléfono de la madre () -			
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"/>
Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento (si es un pariente)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento (si es un pariente)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento (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 (1) sucedió después del 22 de agosto de 1996 y (2) estaba relacionado con drogas? ... Sí No
↓

Si contesta "Sí", ¿quién?

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

¿Es una persona sin hogar? Sí No

¿Vivienda temporal 90 días o menos? Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién?

5. ¿Estuvo alguien bajo crianza temporal cuando tenía 18 años o más? Sí No
↓

Si contesta "Sí", ¿quién?

¿En qué estado?

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 personas que solicitan beneficios de TANF, Medicaid, CHIP o Healthy Texas Women.

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.

PÓLIZA 1

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 por 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 2

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 por 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

3. ¿Tiene un seguro médico que cubra servicios de planificación familiar? Sí No

Si contestó "Sí": Si presentamos una reclamación de pago a su seguro médico, ¿le provocará daño físico, emocional o de otro tipo por parte de su esposo, sus padres u otra persona? Sí No

Si contestó "Sí": Díganos por qué le causaría daño si presentamos una reclamación de pago a su seguro médico. _____

Número de Seguro Social:

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



Sección L

Cuentas médicas de los últimos 3 meses

Datos médicos (continuación)

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



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

Vehículos

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



Siga con la próxima sección si sólo solicita beneficios de Medicaid, CHIP o Healthy Texas Women.

¿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:

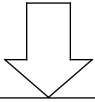
□ □ □ - □ □ - □ □ □ □



Sección M

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

(continuación)



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

Si necesita más espacio, añada más hojas.

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

Necesitamos saber de los artículos que alguien paga o de los que es dueño, como:

- dinero en efectivo • cuentas de banco • casas y otras propiedades • pólizas de seguro • acciones

¿Paga alguien o es dueño de estos tipos de artículos? Sí No

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



ARTÍCULO 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Artículo	Número de cuenta	Valor
	Nombres en las cuentas o escrituras (incluya a codueños)		
Nombre y dirección del banco o negocio (para comunicarnos con ellos sobre el artículo)			
ARTÍCULO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Artículo	Número de cuenta	Valor
	Nombres en las cuentas o escrituras (incluya a codueños)		
Nombre y dirección del banco o negocio (para comunicarnos con ellos sobre el artículo)			
ARTÍCULO 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Artículo	Número de cuenta	Valor
	Nombres en las cuentas o escrituras (incluya a codueños)		
Nombre y dirección del banco o negocio (para comunicarnos con ellos sobre el artículo)			

Sección N

Ingresos de la casa

Dinero que alguien podría recibir de otros programas

¿Espera alguien la decisión sobre una solicitud de uno de los siguientes programas?

Sí No

Si contesta "Sí", marque el programa del cual esperan respuesta.



- Seguro Social (RSDI)
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Otra compensación por discapacidad
- Beneficios de compensación por desempleo

Nombre de la persona que espera la decisión

Nombre del programa

Nombre de la persona que espera la decisión

Nombre del programa

Número de Seguro Social:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



Sección N

Ingresos de la casa

(continuación)

Ingresos del trabajo o entrenamiento

Su empleador puede retirar dinero de su cheque antes de los impuestos. Este dinero es para las contribuciones realizadas antes de impuestos. Las contribuciones pueden ser para ahorros de jubilación, primas de seguro médico, una cuenta de ahorros para la salud, gastos de cuidado de dependientes, gastos de viaje o primas de seguro de vida.

En los últimos 3 meses, ¿recibió alguien dinero...?

(a) por trabajar para otra persona (b) por entrenamiento o (c) por trabajar por su cuenta
Si contesta "Sí", escriba los datos a continuación.

Sí No



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 tiempo le pagan?
 por día dos veces al mes
 cada semana una vez al mes
 cada 2 semanas otro: _____

¿Todavía tiene esta persona el trabajo o está en entrenamiento? Sí No

¿Trabajaba esta persona por su cuenta? Sí No



Si contesta "No", escriba el nombre de la persona o empresa que pagó el dinero.

Cantidad total de contribuciones antes de impuestos por periodo de pago / ¿Con qué frecuencia se hacen estas contribuciones? / Fecha de las contribuciones

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 tiempo le pagan?
 por día dos veces al mes
 cada semana una vez al mes
 cada 2 semanas otro: _____

¿Todavía tiene esta persona el trabajo o está en entrenamiento? Sí No

¿Trabajaba esta persona por su cuenta? Sí No



Si contesta "No", escriba el nombre de la persona o empresa que pagó el dinero.

Cantidad total de contribuciones antes de impuestos por periodo de pago / ¿Con qué frecuencia se hacen estas contribuciones? / Fecha de las contribuciones

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 tiempo le pagan?
 por día dos veces al mes
 cada semana una vez al mes
 cada 2 semanas otro: _____

¿Todavía tiene esta persona el trabajo o está en entrenamiento? Sí No

¿Trabajaba esta persona por su cuenta? Sí No



Si contesta "No", escriba el nombre de la persona o empresa que pagó el dinero.

Cantidad total de contribuciones antes de impuestos por periodo de pago / ¿Con qué frecuencia se hacen estas contribuciones? / Fecha de las contribuciones

Número de Seguro Social:

Input field for Social Security Number



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. ↓

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

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

TIPO DE DINERO 1	_____ \$ _____ / _____
	Tipo de dinero (artículo que marcó antes) Cantidad que recibe Fecha del último pago (mes/año)
	_____ Nombre de la persona que recibe el dinero (si es manutención de niños, escriba el nombre del niño)
	_____ Persona, compañía o departamento que paga el dinero Si pensión alimenticia, ¿fue firmado o modificado el acuerdo de divorcio o separación el 31 de diciembre de 2018 o antes? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

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

TIPO DE DINERO 2	_____ \$ _____ / _____
	Tipo de dinero (artículo que marcó antes) Cantidad que recibe Fecha del último pago (mes/año)
	_____ Nombre de la persona que recibe el dinero (si es manutención de niños, escriba el nombre del niño)
	_____ Persona, compañía o departamento que paga el dinero Si pensión alimenticia, ¿fue firmado o modificado el acuerdo de divorcio o separación el 31 de diciembre de 2018 o antes? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

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

TIPO DE DINERO 3	_____ \$ _____ / _____
	Tipo de dinero (artículo que marcó antes) Cantidad que recibe Fecha del último pago (mes/año)
	_____ Nombre de la persona que recibe el dinero (si es manutención de niños, escriba el nombre del niño)
	_____ Persona, compañía o departamento que paga el dinero Si pensión alimenticia, ¿fue firmado o modificado el acuerdo de divorcio o separación el 31 de diciembre de 2018 o antes? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

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

TIPO DE DINERO 4	_____ \$ _____ / _____
	Tipo de dinero (artículo que marcó antes) Cantidad que recibe Fecha del último pago (mes/año)
	_____ Nombre de la persona que recibe el dinero (si es manutención de niños, escriba el nombre del niño)
	_____ Persona, compañía o departamento que paga el dinero Si pensión alimenticia, ¿fue firmado o modificado el acuerdo de divorcio o separación el 31 de diciembre de 2018 o antes? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

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

Número de Seguro Social:

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



Sección O

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:	<input type="radio"/> Renta o pago de la casa \$ _____	<input type="radio"/> Gas natural o propano \$ _____
	<input type="radio"/> Impuestos de la casa \$ _____	<input type="radio"/> Teléfono \$ _____
	<input type="radio"/> Agua y drenaje \$ _____	<input type="radio"/> Seguro de la casa \$ _____
	<input type="radio"/> Electricidad \$ _____	<input type="radio"/> 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, Healthy Texas Women o beneficios de comida del SNAP.

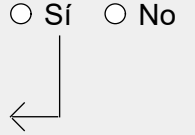


Gastos médicos

¿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



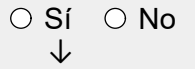
Sección R

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

Número de Seguro Social:

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



Sección S

Método de contacto preferido

Método de contacto preferido de los proveedores del plan médico o las organizaciones de atención médica administrada

Si recibe beneficios de salud de nosotros, el proveedor de su plan médico o su organización médica administrada (MCO) podrían contactarlo para lo siguiente.

- Recordatorios de citas
- Asuntos de requisitos de participación e inscripción
- Información de asuntos relacionados con su atención médica
- Otros avisos importantes

Usted puede elegir que lo contacten por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico.

Los mensajes de texto y correos electrónicos no están cifrados y puede que no sean seguros. Los riesgos incluyen que un tercero no autorizado intercepte información confidencial o privada. Si uno de estos es su método preferido de comunicación con su proveedor de atención médica, tenga en cuenta los riesgos cuando envíe su información personal por mensaje de texto o por correo electrónico.

Su MCO o el proveedor de su plan médico debe tomar las medidas razonables para asegurarse de que su información de atención médica permanezca privada.

Al completar los datos a continuación, usted reconoce que entiende los riesgos asociados con recibir comunicaciones electrónicas y da su consentimiento a la Comisión de Salud y Servicios Humanos para compartir su método de contacto preferido con su MCO o con el proveedor de su plan médico.

De la lista a continuación, seleccione su método de contacto preferido.

Nombre:

Idioma en que prefiere ser contactado:

<input type="checkbox"/> Por teléfono	Teléfono: <input type="text"/> <small>(Si el contacto es por teléfono, la llamada puede marcarse automáticamente o grabarse por adelantado, y es posible que su compañía telefónica cobre tarifas de uso)</small>
<input type="checkbox"/> Por mensaje de texto	Número de celular: <input type="text"/> <small>(Es posible que su compañía telefónica cobre tarifas de datos y mensajes)</small>
<input type="checkbox"/> Por correo electrónico	Correo electrónico: <input type="text"/>

Si decide proporcionar esta información, será responsable de notificar sobre cualquier cambio en su información de contacto a su MCO o proveedor de su plan médico. Avise a su MCO o proveedor de su plan médico si prefiere no ser contactado por teléfono, mensaje de texto ni correo electrónico.

Número de Seguro Social:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



Sección T

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

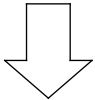
Agency Use Only: Voter Registration Status/Sólo para uso de la agencia

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

Agency staff signature

Sección U

Persona que puede actuar por usted



No olvide firmar la página 20.

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:

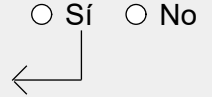
- Dar y recibir datos para esta solicitud.
- Tomar cualquier acción necesaria para completar el proceso de solicitud. Esto incluye apelar una decisión de la HHSC.
- Tomar cualquier acción necesaria para inscribirse en Medicaid o CHIP. Esto incluye escoger un plan médico.
- Tomar cualquier acción necesaria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

Si usted le concede a alguien el derecho de actuar en su nombre, esa persona se compromete a:

- cumplir con todas sus responsabilidades relacionadas con Medicaid;
- proteger la confidencialidad de su información;
- obedecer las leyes estatales y federales sobre conflictos de intereses y la protección de la confidencialidad, entre ellas:
 - las leyes que protegen la información de las personas que solicitan o reciben Medicaid (42 CFR, parte 431, subparte F);
 - las leyes sobre la confidencialidad y seguridad de la información de identificación personal (45 CFR, Sección 155.260(f)); y
 - las leyes que prohíben al estado pagar los servicios de Medicaid a alguien que no sea su proveedor o usted, excepto en ciertas circunstancias (42 CFR, Sección 447.10).

¿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.



Número de Seguro Social:

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



Sección V

Información legal

Información legal

Su derecho de recibir un trato justo

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en:

http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary
for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de información/líneas directas de los estados (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Medicaid y Asistencia Temporal a Familias Necesitadas

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 509F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (800) 368-1019 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas. Para ello, deberá enviar un correo electrónico a HHSCivilRightsOffice@hpsc.state.tx.us o llamar al 1-888-388-6332, enviar un fax al (512) 438-5885 o mandar una carta a: Texas Health and Human Services Commission, Civil Rights Office, 701 W. 51st St., MC W206, Austin, Texas 78751.

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:

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

Solicitud de beneficios
Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas

H1010-S
04/2024
Página 18



Sección W

Declaración de entendimiento

Lea la Sección V antes de firmar la página 20.



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.

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 recibió.
- Jamás volver a recibir beneficios del SNAP.

Si un tribunal lo declara culpable de usar o recibir beneficios en una transacción que implique la venta de una sustancia controlada, perderá su derecho a recibir beneficios durante dos años por la primera infracción, y de forma permanente por la segunda.

Si un tribunal lo declara culpable de haber usado o recibido beneficios en una transacción que implicara la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, perderá de forma permanente su derecho a participar en el programa desde la primera vez que se cometa dicha infracción.

Si un tribunal lo declara culpable de haber traficado beneficios por un importe igual o mayor a 500 dólares, perderá de forma permanente su derecho a participar en el programa desde la primera vez que se cometa dicha infracción.

Si proporciono información falsa Cualquier persona a la que se descubra que ha hecho una declaración o representación fraudulenta con respecto a su identidad o lugar de residencia con el fin de recibir múltiples beneficios de SNAP al mismo tiempo, perderá el derecho de participar en el programa por un periodo de 10 años.

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 sobrepago 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:

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

Solicitud de beneficios
Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas

H1010-S
04/2024
Página 19



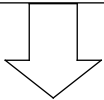
Sección X

Declaración de entendimiento



Asegúrese de...

1. Firmar y escribir la fecha en la página 1 (si no la envió 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
04/2024
Página 20



¿Solicita o está renovando beneficios de Medicaid, CHIP o Healthy Texas Women? 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 2:		
<input type="text"/>		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
Si es casado(a), nombre de su esposo(a):		
<input type="text"/>		
¿Va a presentar una declaración de impuestos del IRS el próximo año?..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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)? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
b. ¿Reclamará dependientes en su declaración de impuestos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Si contesta "Sí", escriba los nombres de los dependientes: ↓		
<input type="text"/>		
c. ¿Lo reclamará alguien a usted como dependiente en la declaración de impuestos?..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Si contesta "Sí", escriba el nombre del declarante:	¿Qué relación tiene usted con el declarante?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Vive la Persona 2 en la misma dirección que la Persona 1?..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Si contesta "No", ¿cuál es la dirección de la Persona 2? ↓		
<input type="text"/>		
Persona 3:		
<input type="text"/>		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
Si es casado(a), nombre de su esposo(a):		
<input type="text"/>		
¿Va a presentar una declaración de impuestos del IRS el próximo año?..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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)? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
b. ¿Reclamará dependientes en su declaración de impuestos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Si contesta "Sí", escriba los nombres de los dependientes: ↓		
<input type="text"/>		
c. ¿Lo reclamará alguien a usted como dependiente en la declaración de impuestos?..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Si contesta "Sí", escriba el nombre del declarante:	¿Qué relación tiene usted con el declarante?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Vive la Persona 3 en la misma dirección que la Persona 1? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Si contesta "No", ¿cuál es la dirección de la Persona 3? ↓		
<input type="text"/>		



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? _____

¿Fue firmado o modificado el acuerdo de divorcio o separación el 31 de diciembre de 2018 o antes? Sí No

Interés del préstamo estudiantil \$ _____ ¿Cada cuánto? _____

Otras deducciones, como gastos de educador, cuentas de ahorro para la salud, gastos de mudanza, para los militares en servicio activo, 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.

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. ¿Vive fuera del hogar el padre o madre de algún niño que se menciona en esta solicitud? Sí No

5. Healthy Texas Women ofrece servicios de salud y de planificación familiar gratuitos a mujeres de 15 a 44 años de edad. Si desea que su participación en Healthy Texas Women sea privada, usted puede recibir correspondencia del programa en una dirección diferente a la que en usted solicitud. Llene la sección a continuación para usar una dirección y número de teléfono confidencial.

Dirección postal - Calle:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

6. Las mujeres de 15 a 44 años de edad quien no califican para Medicaid o CHIP se prueban automáticamente para de elegibilidad para Healthy Texas Women (HTW).

Marque la casilla a continuación si renuncia a la prueba para elegibilidad de HTW.

Nombre: _____ No quiero que me hagan la prueba para elegibilidad de HTW.

Nombre: _____ No quiero que me hagan la prueba para elegibilidad de HTW.

Nombre: _____ No quiero que me hagan la prueba para elegibilidad de HTW.



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.
- Terminó la cobertura de COBRA o ERS de uno de los padres.
- Cambió el estado civil del padre o madre.
- Terminaron los beneficios de CHIP de otro estado.
- Terminó la cobertura médica privada.
- Terminaron los beneficios de Medicaid de otro estado.
- Murió uno de los padres
- El niño tiene necesidades médicas especiales.
- Terminaron los beneficios de Medicaid (por cualquier razón).
- 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)
- 4 años
- 3 años
- 2 años
- 1 año
- No use información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

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	9. 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	4. 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 Si contesta "Sí", ¿cuál es el nombre de la tribu? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si contesta "Sí", ¿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 Si contesta "No", ¿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 Si contesta "No", ¿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"> • Pagos per cápita de una tribu que vienen de recursos naturales, derechos de uso, contratos de arrendamiento o regalías • 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) • Dinero de la venta de artículos de importancia cultural 	\$ _____ ¿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.

Si usted le concede a alguien el derecho de actuar en su nombre, esa persona se compromete a:

- cumplir con todas sus responsabilidades relacionadas con Medicaid;
- proteger la confidencialidad de su información;
- obedecer las leyes estatales y federales sobre conflictos de intereses y la protección de la confidencialidad, entre ellas:
 - las leyes que protegen la información de las personas que solicitan o reciben Medicaid (42 CFR, parte 431, subparte F);
 - las leyes sobre la confidencialidad y seguridad de la información de identificación personal (45 CFR, Sección 155.260(f)); y
 - las leyes que prohíben al estado pagar los servicios de Medicaid a alguien que no sea su proveedor o usted, excepto en ciertas circunstancias (42 CFR, Sección 447.10).

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)
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.		
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)