



# Your Texas Benefits

## Cómo solicitar beneficios para:

Personas de 65 años o mayores

Personas discapacitadas



### Medicaid para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas

Ayuda a las personas que:

- Perdieron sus beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
- Necesitan estar en una casa de reposo u otro lugar de cuidado.
- Tienen una discapacidad.

### Podría tener que llenar otra solicitud si:

- Ya no recibe SSI y no está solicitando beneficios del Programa de Medicaid Buy-In. (H1200-EZ)
- Sólo solicita beneficios de los Programas de Ahorro de Medicare. (H1200-EZ)
- Vive en un centro residencial con apoyo estatal. (H1200-PFS)
- Vive en un hospital estatal. (H1200-PFS)

Para pedir una de estas solicitudes llame al 2-1-1 ó 1-877-541-7905.



### Programas de Ahorro de Medicare

Ayuda a las personas que ya reciben beneficios de Medicare a pagar por los costos de Medicare. Estos costos pueden ser primas, copagos y deducibles de Medicare.

Estos programas también se conocen como:

- Beneficiario calificado de Medicare (QMB)
- Beneficiarios de Medicare de bajos ingresos y recursos limitados (SLMB).
- Individuos calificados (QI-1)
- Individuos discapacitados calificados que trabajan (QDWI)

#### Para solicitar beneficios de Medicare

Tiene que solicitar Medicare por medio de la Administración del Seguro Social.

Para más información, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llame al 1-800-633-4227.



### Programa de Medicaid Buy-in

Ayuda a las personas que trabajan y: (a) tienen una discapacidad o (b) tienen 65 años de edad o más. Algunas personas podrían tener que pagar una cuota cada mes.

**Medicaid Buy-In para Niños** es un programa diferente. Es para las familias que tienen un niño discapacitado, pero que ganan demasiado dinero para recibir beneficios de Medicaid tradicional.

Para obtener una solicitud para este programa, llame al 2-1-1 ó 1-877-541-7905 y pida la Forma H1200-MBIC-S.



## Cómo solicitar beneficios



### Qué hacer:

1. Llene esta forma.
2. Firme y escriba la fecha en la página 19.
3. Envíe los "Documentos que necesitamos" que se mencionan en la página D.

### Cómo enviar la solicitud

**Por correo:** HHSC, PO Box 14600, Midland, TX 79711-4600 o a la oficina de beneficios local. Llame al 2-1-1 para que le den la dirección.

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

**En persona:** en una oficina de beneficios. Llame al 2-1-1 para encontrar una oficina cerca de usted.

Las llamadas a la mayoría de los números de teléfono o de fax en esta solicitud son gratis. Si es sordo, tiene problemas para oír o para hablar llame al 7-1-1 ó 1-800-735-2989.

No envíe esta página con su solicitud, guárdela para sus archivos. **Página A**



## Puede solicitar beneficios por Internet.

Si quiere solicitar beneficios por Internet, vaya a [www.YourTexasBenefits.com](http://www.YourTexasBenefits.com)

Este sitio web también le permitirá:

- Saber si puede solicitar beneficios.
- Encontrar una oficina de beneficios cerca de usted.

Luego de llenar la solicitud por Internet, puede:

- Revisar el estado de su solicitud.
- Saber la hora de su entrevista.
- Saber cuáles son los documentos que necesitamos que nos envíe.
- Revisar si recibimos los documentos que nos envió.
- Saber la cantidad de sus beneficios (si recibe beneficios).

## Consejos útiles

- Firme y escriba la fecha en la página 19.
- Envíe los “Documentos que necesitamos”. Vea la página D.
- Lea los consejos en el lado izquierdo de cada página. Pueden ahorrarle tiempo.
- Si necesita más espacio para contestar una pregunta puede añadir más páginas.
- **Escriba su Número de Seguro Social en la parte de abajo de cada página.** Esto nos ayudará a saber que es su solicitud.



**Ahorre tiempo**

**Estos consejos le dirán cómo llenar cada sección y le ahorrarán tiempo.**

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

### Preguntas sobre esta solicitud o los beneficios.

Llame al 2-1-1 ó 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.

Para más información sobre los beneficios, también puede visitar [www.hhsc.state.tx.us](http://www.hhsc.state.tx.us)

### Para solicitar otros beneficios estatales

Si quiere solicitar beneficios de comida del Programa SNAP, ayuda de dinero en efectivo para familias (TANF) o Medicaid para Niños y familias, necesita una solicitud diferente. Para obtener esta solicitud, llame al 2-1-1 (después de escoger un idioma, oprima el 2). También puede solicitar por Internet en [www.YourTexasBenefits.com](http://www.YourTexasBenefits.com).

### Denuncias de malgasto, abuso y fraude

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

### Cómo obtener servicios de cuidados a largo plazo

Si puede recibir beneficios de Medicaid, el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS) podría ayudarle con su caso. El personal del DADS decidirá qué servicios de cuidados a largo plazo puede recibir. Para ver un listado de servicios, vea la Forma H1204, “Opciones de cuidados a largo plazo”. Esta forma vino con esta solicitud. Para más información, llame al 2-1-1 (después de escoger un idioma, oprima el 2 y luego, el 1).

**Aviso: podría tener que pagarle al estado por los servicios que reciba con su propiedad.** Para más información vea la página 19.



# Información legal

## Su derecho de recibir un trato justo

Si cree que no lo han tratado justamente (que discriminaron contra usted) por su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o religión, puede presentar una queja.

Comuníquese con nosotros en [HHSCivilRightsOffice@hhsc.state.tx.us](mailto:HHSCivilRightsOffice@hhsc.state.tx.us) o:

- **Por correo:**  
HHSC Office of Civil Rights  
701 W. 51<sup>st</sup> St.  
MC W-206  
Austin, TX 78751
- **Por teléfono:**  
1-888-388-6332  
1-877-432-7232 (TTY)
- **Por fax**  
(la llamada no es gratis):  
1-512-438-5885

## Ciudadanía y estado migratorio

- Sólo necesita dar la información sobre la ciudadanía o el estado migratorio de las personas que solicitan beneficios.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos ni inmigrante legal, los únicos beneficios que podría recibir son los servicios de Medicaid de emergencia.
- Recibir servicios de cuidados a largo plazo de Medicaid podría afectar su estado migratorio o la posibilidad de obtener una tarjeta de residente permanente (tarjeta verde).
- Antes de solicitar beneficios, hable con alguna agencia que contesta las preguntas legales de inmigrantes.

## 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 den un número de Seguro Social o no soliciten uno, no podrán recibir beneficios.
- Si no tiene un SSN, podemos ayudarle a solicitar uno si es ciudadano de los Estados Unidos o inmigrante legal.
- Tiene que ser ciudadano de los Estados Unidos o inmigrante legal para tener un SSN.
- Puede solicitar beneficios para sus hijos si tienen un SSN, aunque usted no tenga uno.
- No damos los SSN al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas.
- Usaremos los SSN para saber cuánto dinero recibe (ingresos), si puede recibir beneficios, y la cantidad de beneficios que puede recibir.

(42 CFR §435.910)

# Ayuda que puede obtener sin llenar esta solicitud

## Para reportar abuso

¿Piensa que alguien está siendo abusado(a)? Si el abuso es en una casa de reposo u otro lugar de cuidado, llame al 1-800-458-9858. Si el abuso es en una casa privada, llame al 1-800-252-5400.

## Cómo presentar una queja

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

## Servicios en su área

¿Necesita ayuda para encontrar servicios? Llame al 2-1-1 ó 1-877-541-7905. Escoja un idioma y luego oprima el 1. También puede visitar [www.211Texas.org](http://www.211Texas.org). Para más información sobre servicios en su área como:

- Bancos de comida.
- Servicios para adultos mayores.
- Vivienda.
- Ayuda después de un desastre.
- Ayuda para pagar el gas, la electricidad y el agua.
- Ayuda con los impuestos.
- Centro de cuidado de niños.
- Programas de cuidado de niños después de la escuela.
- Programas de violencia familiar.
- Ayuda legal.

## Programa de Prevención del Abuso de Alcohol y Drogas

¿Quiere dejar de usar alcohol o drogas usted o una persona que conoce? Llame al 1-877-966-3784 (1-877-9-NO DRUG). Puede conseguir ayuda para:

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

## 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 que se necesitan para un trabajo? ¿O para aprender a hablar inglés? Llame al 1-800-441-7323 (1-800-441-READ).

## Programa contra la Violencia Familiar

¿Teme por su seguridad o la de sus niños? Llame a la línea de ayuda a cualquier hora del día al 1-800-799-7233 (1-800-799-SAFE).

Puede conseguir ayuda para:

- Obtener transporte a un lugar seguro.
- Encontrar un refugio, ayuda legal y empleo.
- Obtener orientación.

No envíe esta página con su solicitud, guárdela para sus archivos. **Página C**



## Documentos que necesitamos

Vea a continuación los documentos que debe llevar o enviar con esta forma. Sólo necesitamos copias de estos documentos.

Guarde los originales con sus documentos.

Sólo necesitamos documentos que apliquen a su caso. Por ejemplo, si usted y su esposo(a) no tienen cuenta de banco, no necesitamos estados de cuentas de banco.

- **Número de Seguro Social:** tarjeta de Seguro Social o estado de cuenta.
- **Ciudadanía:** pasaporte de EE. UU., Certificado de Naturalización, acta de nacimiento de EE. UU., registro de nacimiento del hospital o tarjeta de Medicare. (Si está renovando sus beneficios, sólo necesitamos esto si su estado ha cambiado).
- **Estado migratorio:** tarjeta de registro o papeles de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. Necesitamos copia de los dos lados de estas formas. (Si está renovando sus beneficios, sólo necesitamos esto si su estado ha cambiado).
- **Representante legal:** carta poder, orden de tutela, orden de la corte o documentos de la corte similares.
- **Dinero de un trabajo:** los últimos 6 cheques o talones de cheque de pago, una declaración de su empleador o documentos del trabajo que hace por su cuenta.
- **Seguro Social, pensión, beneficios de veteranos, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), indemnización laboral o compensación por desempleo u otros beneficios del gobierno:** carta de concesión o talones de cheques.
- **Manutención de niños que paga:** acta de divorcio, orden de la corte o registro del secretario judicial del distrito que diga la cantidad que paga.
- **Manutención de niños que recibe:** registro del secretario judicial del distrito o carta de la persona que la paga que diga cuánto paga, cada cuánto tiempo y la fecha usual del pago. La carta tiene que tener la fecha y el nombre, la dirección, el teléfono y la firma de la persona que paga.
- **Préstamos, pagos y regalos (incluya las cuentas que otra persona paga por usted):** el acuerdo de préstamo o una declaración de la persona que le prestó o le está devolviendo el dinero, o que está pagando sus cuentas. La declaración tiene que tener la fecha y el nombre, la dirección, el teléfono y la firma de esa persona.
- **Cuentas de banco:** estados de cuenta que recibió este mes y en los últimos 3 meses.
- **Acciones, bonos, fideicomisos, anualidades:** acuerdo de fideicomiso, contrato de anualidades, certificado de acciones, instrumento de bono o estados de cuenta actuales.
- **Bienes raíces, derechos petroleros, mineros o de gas:** declaración de impuestos más reciente, órdenes de división, escrituras, pagarés o hipotecas o estados de regalías.
- **Gastos médicos, dentales y de seguro privado:** cuentas, recibos, estados de cuenta o cheques cancelados de este mes y de los últimos 3 meses.
- **Pólizas de seguro:** pólizas de seguro médico, de vida y de entierro que digan su valor actual. También es posible que necesitemos información y las pólizas de seguro médico relacionado con el trabajo de su esposo(a) o ex esposo(a).
- **Comunidad de cuidado continuo para jubilados:** contrato de admisión.



Avísenos si necesita ayuda para obtener estos documentos.



# Your Texas Benefits

Personas de 65 años o más

Personas discapacitadas

Use tinta oscura. Favor de escribir en letra de molde.

Si necesita más espacio, añada más hojas.

Llene los círculos (○) así →●.

## Sección A

### Usted y su esposo(a)

Trate de llenar toda la solicitud.

Necesitamos información sobre usted y su esposo(a). Necesitamos saber de su esposo(a) aunque:

- No viva con usted, o
- No quiera solicitar beneficios.



Ahorre tiempo

Sólo necesitamos la información de su esposo(a) si todavía vive.

Si no está casado, no llene las secciones marcadas "Esposo(a)".

	<b>Usted</b> La persona que solicita beneficios	<b>Esposo(a)</b> Su esposo o esposa																				
<b>¿Para qué beneficios solicita?</b>	<input type="radio"/> Medicaid para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas <input type="radio"/> Programas de Ahorro de Medicare <input type="radio"/> Programa de Medicaid Buy-In	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Medicaid para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas <input type="radio"/> Programas de Ahorro de Medicare <input type="radio"/> Programa de Medicaid Buy-In																				
<b>Nombre</b>	_____	_____																				
<b>Segundo nombre</b>	_____	_____																				
<b>Apellido</b>	_____	_____																				
<b>Número de Seguro Social</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>				-							<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p>Sólo si solicita beneficios</p>				-						
			-																			
			-																			
<b>Fecha de nacimiento</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> / <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> </tr></table>									<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> / <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> </tr></table>												
	mes      día      año	mes      día      año																				

**Sólo para uso de la agencia:**      Date received: \_\_\_\_\_      Case/EDG number: \_\_\_\_\_



### Sección A

Usted y su esposo(a)  
(continuación)

### Preguntas opcionales

	Usted	Esposo(a)
¿Vive en Texas?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Piensa quedarse en Texas?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Si la persona recibe dinero del Seguro Social o pensión de ferrocarril, escriba el número.	Número de reclamación de Seguro Social Número de pensión de ferrocarril	Número de reclamación de Seguro Social Número de pensión de ferrocarril
Sexo	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer
¿Hispano o Latino?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Marque uno o más:	<input type="radio"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico <input type="radio"/> Blanco	<input type="radio"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico <input type="radio"/> Blanco
Marque uno:	<input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo	<input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo

### Sección B

Ciudadanía

	Usted	Esposo(a)
¿Es ciudadano de E.E.U.U.? Si es ciudadano, vaya a la sección C.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si contesta no, dé los datos abajo.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si contesta no, dé los datos abajo.
¿Es refugiado o inmigrante admitido legalmente?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Si tiene auspiciador, escriba el nombre de la persona.	Nombre del auspiciador	Nombre del auspiciador
Fecha que entró a los Estados Unidos	mes / día / año	mes / día / año
¿Está inscrito en el Servicio de Inmigración y Ciudadanía de E.E.U.U.?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si contesta sí, dé el número de registro de inmigrante	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si contesta sí, dé el número de registro de inmigrante

### Sección C

Cuidados a largo plazo



Ahorre tiempo

Esta sección es sólo para personas que no están en una casa de reposo u otro lugar de cuidado.

Aunque reciba o no beneficios de Medicaid, el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas de Texas (DADS) puede ver si puede recibir servicios de cuidados a largo plazo. Estos servicios incluyen comidas, cuidados de enfermería y ayuda con actividades de la vida diaria como vestirse y bañarse. (Vea la Forma H1204, "Opciones de Cuidados a Largo Plazo" que vino con esta solicitud).

	Usted	Esposo(a)
¿Quiere que DADS averigüe si puede recibir servicios de cuidados a largo plazo?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Si contesta sí, ¿tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Número de Seguro Social:

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



## Sección D

### Personas que le ayudan



Ahorre tiempo

No llene esta sección si tiene un tutor legal o alguien tiene un poder legal.

### Una persona que puede actuar por usted (un representante autorizado)

Si quiere darle a alguien el derecho de actuar por usted, esa persona puede:

- Dar y obtener datos de esta solicitud.
- Tomar cualquier acción necesaria para el proceso de solicitud. Esto incluye apelar una decisión de la HHSC.
- Tomar cualquier acción necesaria para que pueda obtener beneficios. Esto incluye avisar sobre cambios.

¿Quiere darle a alguien el derecho de actuar por usted, de ser su representante autorizado? .....  Sí  No

	Usted	Esposo(a)
<b>Si contesta sí, díganos sobre esta persona:</b>	Nombre _____ Dirección _____ ( ) - _____ Número de teléfono	Nombre _____ Dirección _____ ( ) - _____ Número de teléfono

### Persona que le ayuda con asuntos legales

1. ¿Le está ayudando alguien con asuntos legales o financieros?.....  Sí  No

	Usted	Esposo(a)
<b>Si contesta sí, díganos sobre esta persona:</b>	<input type="radio"/> Tutor legal <input type="radio"/> Poder legal Nombre _____ Dirección _____ ( ) - _____ Número de teléfono	<input type="radio"/> Tutor legal <input type="radio"/> Poder legal Nombre _____ Dirección _____ ( ) - _____ Número de teléfono

2. ¿Tiene una albacea o administrador asignado por la corte? .....  Sí  No

<b>Si contesta sí, díganos sobre esta persona:</b>	Nombre _____ Dirección _____ ( ) - _____ Número de teléfono	Nombre _____ Dirección _____ ( ) - _____ Número de teléfono
--	--	--

### Persona que le ayuda a llenar esta solicitud

¿Le está ayudando alguien a llenar esta solicitud? .....  Sí  No

Si contesta sí, díganos sobre esta persona:

Nombre _____	Relación con usted o nombre de la organización _____
Dirección _____	( ) - _____ Número de teléfono

Número de Seguro Social:

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



### Sección E

## Ayuda durante la entrevista

### No tiene que venir a nuestra oficina para una entrevista para estos programas:

- Medicaid para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas
- Programas de Ahorro de Medicare
- Medicaid Buy-In

Lo podemos entrevistar si quiere una entrevista.

¿Quiere venir a nuestra oficina para una entrevista? .....  Sí  No  
Si contesta sí, denos los datos abajo.

1. Si viene a nuestra oficina, ¿necesitará ayuda o equipo especial? .....  Sí  No

Si contesta sí, ¿qué necesita? \_\_\_\_\_

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

3. ¿Necesita un intérprete? Podemos conseguirle uno gratis. ....  Sí  No

Si contesta sí, marque lo que necesita:

- Español  Vietnamita  Lenguaje de Señas Americano  
 Otro \_\_\_\_\_

### Sección F

## Su casa o donde usted vive

### Donde usted vive

¿Dónde vive?

Usted	Espos(a)
<input type="radio"/> Casa de reposo	<input type="radio"/> Casa de reposo
<input type="radio"/> Centro residencial con apoyo del estado	<input type="radio"/> Centro residencial con apoyo del estado
<input type="radio"/> Hospital estatal	<input type="radio"/> Hospital estatal
<input type="radio"/> Casa de grupo para personas con discapacidad del desarrollo (ICF/MR)	<input type="radio"/> Casa de grupo para personas con discapacidad del desarrollo (ICF/MR)
<input type="radio"/> Comunidad de jubilación de cuidado continuo	<input type="radio"/> Comunidad de jubilación de cuidado continuo
<input type="radio"/> En su propia casa	<input type="radio"/> En su propia casa
<input type="radio"/> Casa o apartamento rentado (incluye centro de ayuda con la vida diaria)	<input type="radio"/> Casa o apartamento rentado (incluye centro de ayuda con la vida diaria)
<input type="radio"/> En la casa de otra persona con esa persona	<input type="radio"/> En la casa de otra persona con esa persona
<input type="radio"/> En una casa que paga otra persona	<input type="radio"/> En una casa que paga otra persona
<input type="radio"/> Otro _____	<input type="radio"/> Otro _____

Si vive en una casa de reposo u otro lugar de cuidado, escriba el nombre del lugar abajo.

_____	_____
<b>Nombre del lugar</b>	<b>Nombre del lugar</b>

¿Se quedará en este lugar por menos de 6 meses?

<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
---	---

Número de Seguro Social:

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



## Sección F

### Su casa o donde usted vive (continuación)



Ahorre tiempo

Llene esta página sólo si vive:

- En su propia casa.
- En una casa o apartamento rentado.
- Con otra persona en la casa de esa persona.
- En una casa que paga otra persona.

### Otras personas que viven con usted

Díganos sobre las personas que viven con usted.

¿Viven juntos usted y su esposo(a)? .....  Sí  No

Si contesta sí, sólo necesita mencionar a las personas que viven con ustedes dos debajo de la sección "Usted". Si contesta no, díganos sobre las personas que viven con cada uno de ustedes.

	Usted	Esposo(a)
<b>PERSONA 1</b>	Nombre de la persona que vive con usted Relación de la persona con usted Fecha de nacimiento si es un familiar <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre de la persona que vive con usted Relación de la persona con usted Fecha de nacimiento si es un familiar <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>PERSONA 2</b>	Nombre de la persona que vive con usted Relación de la persona con usted Fecha de nacimiento si es un familiar <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre de la persona que vive con usted Relación de la persona con usted Fecha de nacimiento si es un familiar <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>PERSONA 3</b>	Nombre de la persona que vive con usted Relación de la persona con usted Fecha de nacimiento si es un familiar <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre de la persona que vive con usted Relación de la persona con usted Fecha de nacimiento si es un familiar <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### Gastos del hogar

Díganos los costos del hogar donde vive o al que va a regresar.

Mencione la cantidad que cada persona paga cada mes.

	Usted paga:	Su esposo(a) paga:	Si otra persona paga, mencione el nombre:
Renta o pago de la casa	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Impuestos de la casa	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Agua y desagüe	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Electricidad	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Gas natural o propano	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Seguro de la casa	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Comida	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>

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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



## Sección G

### Datos médicos

#### Medicare

¿Recibe beneficios de Medicare?.....  Sí  No

	Usted	Esposo(a)
Si contesta sí, marque el tipo de Medicare del que recibe beneficios.	<input type="radio"/> Parte A <input type="radio"/> Parte B <input type="radio"/> Parte D	<input type="radio"/> Parte A <input type="radio"/> Parte B <input type="radio"/> Parte D
Si contesta sí, ¿cuánto paga cada mes por Medicare?	\$ _____	\$ _____

#### Otro seguro médico

¿Tienen usted o su esposo(a) otro seguro médico aparte de Medicare, Medicaid o CHIP? Incluya el seguro médico que haya tenido el año pasado. ....  Sí  No

Si contesta sí, dé los datos abajo.

**PÓLIZA 1**

Nombre de la persona asegurada (nombre, segundo nombre, apellido)		Nombre del dueño de la póliza	
Compañía de seguros		Dirección de la compañía de seguros	
Número de la póliza	Fecha que empezó la cobertura	Fecha que termina la cobertura	Tipo de cobertura
\$ _____	_____	_____	_____
¿Cuánto es el costo mensual (Premium)?	¿Quién paga por el costo mensual (Premium)?		
¿Cada cuánto paga el costo mensual (Premium)? <input type="radio"/> Cada mes <input type="radio"/> Cada 3 meses <input type="radio"/> Cada año			
¿Tiene seguro médico a través de un trabajo que tenía o tiene ahora? .....		Si contesta sí, díganos el nombre del empleador	
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		_____	

**PÓLIZA 2**

Nombre de la persona asegurada (nombre, segundo nombre, apellido)		Nombre del dueño de la póliza	
Compañía de seguros		Dirección de la compañía de seguros	
Número de la póliza	Fecha que empezó la cobertura	Fecha que termina la cobertura	Tipo de cobertura
\$ _____	_____	_____	_____
¿Cuánto es el costo mensual (Premium)?	¿Quién paga por el costo mensual (Premium)?		
¿Cada cuánto paga el costo mensual (Premium)? <input type="radio"/> Cada mes <input type="radio"/> Cada 3 meses <input type="radio"/> Cada año			
¿Tiene seguro médico a través de un trabajo que tenía o tiene ahora? .....		Si contesta sí, díganos el nombre del empleador	
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		_____	

Número de Seguro Social:

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



### Sección G

## Datos médicos (continuación)

### Otros datos

1. ¿Reciben usted o su esposo(a) beneficios de Medicaid en otro estado? .....  Sí  No

Si contesta sí, ¿de cuál estado?

¿Cuándo fue la última vez que recibió beneficios?

2. ¿Esperan recibir usted o su esposo(a) dinero de:

- una demanda
- un acuerdo por una lesión personal
- una reclamación de responsabilidad pública por un accidente? .....  Sí  No

Si contesta sí, mencione el nombre, la dirección y número de teléfono del abogado, compañía de seguros, corte o persona que tiene los datos del acuerdo.

### Sección H

## Cosas por las que paga o de las que es dueño (Recursos)

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

Dénos los datos de los artículos por los que pagan o de los que son dueños usted o su esposo(a).

1. ¿Tiene cuentas de banco? .....  Sí  No

Si contesta sí, dé los datos abajo:

CUENTA 1	_____	_____	_____
	Número de cuenta de banco	Nombres en la cuenta de banco	
	_____	_____	\$ Valor
Nombre y dirección del banco o compañía			

CUENTA 2	_____	_____	_____
	Número de cuenta de banco	Nombres en la cuenta de banco	
	_____	_____	\$ Valor
Nombre y dirección del banco o compañía			

2. ¿Tiene una cuenta de ahorros? .....  Sí  No

Si contesta sí, dé los datos abajo:

CUENTA 1	_____	_____	_____
	Número de cuenta de ahorros	Nombres en la cuenta de ahorros	
	_____	_____	\$ Valor
Nombre y dirección del banco o compañía			

CUENTA 2	_____	_____	_____
	Número de cuenta de ahorros	Nombres en la cuenta de ahorros	
	_____	_____	\$ Valor
Nombre y dirección del banco o compañía			

Recordatorio:

Si necesita más espacio, añada más páginas.

Número de Seguro Social:

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







## Sección H

Cosas por las que paga o de las que es dueño (continuación)

9. ¿Tiene dinero en efectivo a la mano? .....  Sí  No  
Si contesta sí, ¿cuánto dinero en efectivo tiene? \$ \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene seguro de vida? .....  Sí  No  
Si contesta sí, dé los datos abajo:

PÓLIZA 1	Nombre y dirección de la compañía de seguros	_____
	Número de la póliza	Valor actual \$ _____

PÓLIZA 2	Nombre y dirección de la compañía de seguros	_____
	Número de la póliza	Valor actual \$ _____

11. ¿Tiene una tumba o terreno? .....  Sí  No  
Si contesta sí, díganos: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Nombre del cementerio      Cantidad de terrenos      Valor

12. ¿Tiene un contrato previo a la necesidad de servicios funerarios? .....  Sí  No  
Si contesta sí, díganos: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Nombre y dirección de la funeraria      Comprador o dueño de los contratos      Valor

13. ¿Tiene una hipoteca o pagaré de préstamo? .....  Sí  No  
Si contesta sí, son:  Negociables  No negociables      Valor \$ \_\_\_\_\_

14. ¿Tiene fideicomisos? .....  Sí  No  
Si contesta sí: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
¿Qué tipo de fideicomisos?      Valor

15. ¿Tiene un auto, camión, bote u otro tipo de vehículo? .....  Sí  No  
Si contesta sí:

_____	_____	\$ _____
Marca / Modelo	Año	Valor
_____	_____	\$ _____
Marca / Modelo	Año	Valor

Número de Seguro Social:

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



## Sección H

### Cosas por las que paga o de las que es dueño (continuación)

16. ¿Tiene una casa (incluyendo una casa móvil)? .....  Sí  No

Si contesta sí:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Dirección de la casa</b>	<b>Cantidad del terreno</b>	<b>Valor actual</b>

Si no está viviendo en su casa en este momento, ¿piensa vivir en su casa otra vez? .....  Sí  No

**Marque todas las que tienen que ver con la casa:**

Nadie vive en la casa     Alguien vive en la casa y paga renta

Alguien vive en la casa y no paga renta     Está a la venta

No olvide darnos una copia de su declaración de impuestos más reciente.

17. ¿Tiene una propiedad o intereses de una propiedad? .....  Sí  No

18. ¿Es dueño o comparte una propiedad, terreno, lote o casa? .....  Sí  No

Si contesta sí:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Dirección o localización</b>	<b>Cantidad del terreno</b>	<b>Valor actual</b>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Dirección o localización</b>	<b>Cantidad del terreno</b>	<b>Valor actual</b>

19. ¿Tiene derechos minerales de petróleo, gas o de superficie? .....  Sí  No

Si contesta sí:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Dirección o localización</b>	<b>Cantidad del terreno</b>	<b>Valor actual</b>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Dirección o localización</b>	<b>Cantidad del terreno</b>	<b>Valor actual</b>

20. ¿Tiene ganado (vacas, caballos, cerdos, etc) o aves de corral? .....  Sí  No

Si contesta sí:

<input type="radio"/> <b>Ganado</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> <b>Ganado</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> <b>Aves de corral</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor actual</b>	<input type="radio"/> <b>Aves de corral</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor actual</b>

21. ¿Tiene equipo de trabajo? .....  Sí  No

Si contesta sí:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>Tipo de equipo</b>	<b>Valor actual</b>	<b>Tipo de equipo:</b>	<b>Valor actual</b>

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"/>	<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 J

### Dinero que recibe en el hogar (Ingreso)

#### Dinero que usted o su esposo(a) podrían recibir de otros programas

¿Está esperando que le digan si puede recibir beneficios de uno de los programas que se mencionan abajo? .....  Sí  No

Si contesta sí, marque los programas abajo:

Usted	Esposo(a)
<input type="radio"/> Seguro Social	<input type="radio"/> Seguro Social
<input type="radio"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="radio"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
<input type="radio"/> Beneficios de veterano	<input type="radio"/> Beneficios de veterano
<input type="radio"/> Otros beneficios _____	<input type="radio"/> Otros beneficios _____

#### Dinero de trabajos

¿Recibieron usted o su esposo(a) dinero en los pasados 3 meses:

(a) trabajando para alguien más (b) de entrenamientos o

(c) trabajando por su cuenta? .....  Sí  No

Si contesta sí, dé los datos abajo:

**TRABAJO 1**

¿Quién recibió el dinero?  Usted  Su esposo(a)

\_\_\_\_\_  
 Horas que trabajó      \$ \_\_\_\_\_ Antes de quitar impuestos y otras deducciones.  
 Cantidad que le pagaron

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Fecha en que empezó      Última fecha en que le pagaron (mes/año)

¿Trabajó por su cuenta? .....  Sí  No

¿Trabaja todavía con este lugar o persona? .....  Sí  No

¿Cada cuánto le pagan?

Cada día       2 veces al mes  
 Cada Semana       Cada mes  
 Cada 2 Semanas       Otro: \_\_\_\_\_

Si contesta no, mencione la persona o lugar que le pagó el dinero.

**TRABAJO 2**

¿Quién recibió el dinero?  Usted  Su esposo(a)

\_\_\_\_\_  
 Horas que trabajó      \$ \_\_\_\_\_ Antes de quitar impuestos y otras deducciones.  
 Cantidad que le pagaron

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Fecha en que empezó      Última fecha en que le pagaron (mes/año)

¿Trabajó por su cuenta? .....  Sí  No

¿Trabaja todavía con este lugar o persona? .....  Sí  No

¿Cada cuánto le pagan?

Cada día       2 veces al mes  
 Cada Semana       Cada mes  
 Cada 2 Semanas       Otro: \_\_\_\_\_

Si contesta no, mencione la persona o lugar que le pagó el dinero.

Número de Seguro Social:

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



## Sección J

# Dinero que recibe en el hogar (continuación)

### Otro dinero

Dé los datos sobre otro dinero que usted o su esposo(a) reciben.

Usted	Esposo(a)
1. ¿Recibe beneficios de Seguro Social? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
\$ _____ Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?	\$ _____ Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?

2. ¿Recibe beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
\$ _____ Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?	\$ _____ Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?

3. ¿Recibe beneficios de veterano?..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
_____	_____
Si contesta sí, ¿cuál es el número de reclamación?	Si contesta sí, ¿cuál es el número de reclamación?
\$ _____ Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?	\$ _____ Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?

4. ¿Sirvieron en las fuerzas armadas usted, su esposo(a), padre o madre, hijo(a) que ya murió? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Si contesta sí, díganos sobre la persona que sirvió en las fuerzas armadas. Usaremos estos datos para saber si puede recibir beneficios de veterano.	
Nombre _____	Número de servicio militar _____
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____
Fecha en que empezó el servicio	Fecha en que terminó el servicio
¿Con quién se relaciona esta persona?: <input type="radio"/> Usted <input type="radio"/> Su esposo(a) _____ ¿Cuál es su relación con usted?	

Usted	Esposo(a)
5. ¿Recibe beneficios para jubilados de ferrocarril? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
\$ _____ Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?	\$ _____ Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?

6. ¿Recibe beneficios de jubilación por servicio civil?..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
_____	_____
Si contesta sí, ¿cuál es el número de reclamación?	Si contesta sí, ¿cuál es el número de reclamación?
\$ _____ Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?	\$ _____ Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?

Número de Seguro Social:

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





### Sección J

## Dinero que recibe en el hogar

(continuación)

Usted	Esposo(a)
12. ¿Recibe dinero de contratos de arrendamiento o regalías por derechos mineros de petróleo, gas o minerales? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Si contesta sí, nombre de la compañía que le paga. \$ _____	Si contesta sí, nombre de la compañía que le paga. \$ _____
Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe? _____	Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe? _____
Si contesta sí, ¿cada cuánto lo recibe? _____	Si contesta sí, ¿cada cuánto lo recibe? _____

13. ¿Recibe algún dinero por una granja? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
\$ _____	\$ _____
Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?	Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?

14. ¿Recibe uno de los siguientes tipos de dinero de alguien más o de algún otro lugar? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• dinero en efectivo    • regalos    • manutención de niños    • entrenamientos</li> <li>• pagos porque le prestó dinero a alguien    • cuentas que alguien más paga por usted    • otro</li> </ul>	
Si contesta sí, ¿qué tipo de dinero recibe? _____	Si contesta sí, ¿qué tipo de dinero recibe? _____
Si contesta sí, ¿de quién recibe el dinero y por qué? \$ _____	Si contesta sí, ¿de quién recibe el dinero y por qué? \$ _____
Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?	Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?

### Sección K

## Gastos médicos



Ahorre tiempo

Esta sección es sólo para personas que solicitan beneficios por primera vez. Si está renovando beneficios, puede seguir con la próxima sección.

### Facturas médicas de los pasados 3 meses

Si usted o su esposo(a) no pueden pagar cuentas médicas de los pasados 3 meses, Medicaid podría pagarlas. Revisaremos el dinero que recibe y las cosas de las que es dueño para saber si Medicaid podría pagar por las cuentas médicas. Si ya las pagó, su proveedor médico (doctor, hospital, clínica, etc.) podría devolverle ese dinero.

¿Tiene cuentas médicas por servicios que recibió en los pasados 3 meses?  Sí  No

Si contesta sí, dé los datos abajo:

¿Quién recibió los servicios? <input type="radio"/> Usted <input type="radio"/> Su esposo(a)		Tipo de cuenta: <input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Medicinas <input type="radio"/> Otro	
\$ _____	\$ _____	_____ / _____ / _____	
Cantidad de la cuenta	Cantidad que pagó	Fecha en que recibió el servicio (mes/día/año)	
_____	_____	_____	
¿Quién le dió el servicio médico?		Dirección del proveedor médico que le dió el servicio	
_____		_____	

Si contesta sí, necesitamos saber sobre el dinero que recibió (ingreso) y las cosas por las que pagó o de las que fue dueño (recursos) durante esos 3 meses.

¿Son diferentes de las que mencionó en esta solicitud? .....  Sí  No

Número de Seguro Social:

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





## Sección M

# Declaración de entendimiento

Lea esta sección antes de firmar.



## 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 con el Sistema federal de Verificación de Ingresos y 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 verificar con el 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.
- Con 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.

## El uso de mis datos personales

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

## 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 forma de identificación de Medicaid.

## Pagos Médicos

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.

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. Si doy información falsa, cooperaré con la HHSC para que reciba este dinero.

## Avisar sobre cambios

Estoy de acuerdo en avisarle a la HHSC sobre cambios en mi caso dentro de 10 días. Esto incluye los datos que de en esta solicitud sobre cambios como dinero que recibo, las cosas por las que pago o de las que soy dueño, donde vivo o datos sobre seguros que tenga (incluyendo los pagos mensuales (Premiums) de seguro médico).

Número de Seguro Social:

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

