

Solicitud de Cobertura Previa de Medicaid

Usted podría ser elegible para beneficios de Medicaid en los tres meses anteriores a la fecha de la solicitud. Las condiciones para recibir beneficios para los tres meses anteriores son los siguientes:

- Se deben haber prestado servicios médicos durante los tres meses anteriores al mes en que solicitó la asistencia;
- Tiene que dar comprobantes de que: (1) las facturas por estos servicios médicos no se han pagado, o (2) los servicios médicos corrieron a cargo del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS); y
- Usted o alguien de su familia hubiera cumplido los requisitos para recibir Medicaid durante el mes anterior.

Si usa esta forma para mostrar que tiene servicios médicos previos sin pagar, debe contestar todas las preguntas y poner su firma y fecha en la parte inferior de la página dos.

- Esta es su declaración jurada de servicios médicos previos.
- Use más hojas si las necesita. Tiene que firmar y escribir la fecha en cada hoja.
- Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar esta forma, llame al 2-1-1 o al 1-877-541-7905 (después de escoger un idioma, oprima el 2).

SOLO PARA USO OFICIAL	DATE OF APPLICATION	THIS APPLICATION APPLIES ONLY TO MEDICAL BILLS FOR SERVICES RECEIVED DURING THESE THREE MONTHS		

1. ¿Necesita ayuda para pagar facturas médicas de los meses indicados anteriormente? Sí No

Si contestó Sí, tiene que incluir a las siguientes personas en su solicitud:

Si piensa declarar impuestos: Necesitamos los nombres de todas las personas incluidas en su declaración de impuestos, incluido usted mismo.

Si no piensa declarar impuestos: Necesitamos los nombres de los familiares que hayan vivido con usted durante los meses indicados anteriormente, incluido usted mismo (no necesita hacer su declaración de impuestos para recibir cobertura médica).

Nombre (apellido, nombre)	Relación con usted	Fecha de nacimiento (mes, día, año)	Piensa incluirlo en su declaración federal de impuestos
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

2. Si esta aplicación es para un menor de edad, ¿este menor de edad, sus padres o cónyuge (si aplica) tienen o compraron algo en los meses antes indicados que no tienen o no van a comprar ahora mismo? (Ejemplos: un carro, cuenta bancaria, etc.): Sí No

Si contestó Sí, nombre los artículos a continuación:

3. ¿Usted o alguien nombrado en la página 1 de esta solicitud recibieron dinero durante los tres meses indicados anteriormente? Sí No

Si contestó Sí, ponga en seguida todos los ingresos recibidos durante los meses indicados anteriormente. (Ejemplos: sueldos, Seguro Social, etc.):

Cantidad	Quién la recibió	Tipo de ingreso	Fecha en que se recibió

4. Haga una lista de las facturas médicas sin pagar que usted o alguien a quien puso en la página 1 tienen por atención médica recibida durante los meses indicados en la página 1 (ejemplos: facturas de hospitales, doctores, recetas médicas, centros para convalecientes, etc.). Si recibió servicios del médicos del DSHS durante los meses indicados, debe presentar un recibo del DSHS.

Nombre del paciente	Nombre y dirección de las personas a las que les debe (hospital, doctor, farmacia, etc.)	Fecha de tratamiento

Recuerde ► Tiene que entregar comprobantes de la información que proporciona en estas páginas. Hay 5 maneras de enviarnos los documentos que necesitamos:

- **YourTexasBenefits.com:** Puede subir sus documentos en línea.
- **Aplicación para móvil Your Texas Benefits:** Pueden subir sus documentos usando la aplicación para móvil.
- **Por correo:** HHSC, PO Box 149024 Austin, TX 78714-9968.
- **Por fax:** 1-877-447-2839.
- **En persona:** En una oficina de beneficios. Para buscar una oficina cerca de usted, vaya a YourTexasBenefits.com o llame al 2-1-1 o al 1-800-541-7905 (después de escoger el idioma, oprima el 1).

Quién debe firmar ► Esta forma debe ser firmada por la persona que solicita beneficios de Medicaid o por su representante autorizado.

Al firmar a continuación, acepto que: Las respuestas que he dado en esta forma son verdaderas y completas a mi mejor saber y entender.

Si no lo es, sé que podría: (1) ser acusado de un delito y (2) tener que pagar los beneficios que reciba.

Firma del solicitante o su representante autorizado Fecha

Si por alguna razón el solicitante o su representante autorizado no pueden firmar, dos testigos tienen que firmar a continuación.

Firma del testigo Fecha Firma del testigo Fecha

En la mayoría de los casos, puede ver y obtener la información que la HHSC tiene sobre usted. Esto incluye información que usted le da a la HHSC e información que la HHSC obtiene de otras fuentes (historial médico, registros laborales, etc.). Es posible que tenga que pagar para obtener una copia de esta información. Puede pedir a la HHSC que corrija cualquier información incorrecta (Código Gubernamental, Secciones 552.021, 552.023, 559.004). No tiene que pagar por corregir un error. Para pedir una copia o corregir un error, llame al 2-1-1 o al 1-877-541-7905 (después de escoger un idioma, oprima el 2).

SOLO PARA USO OFICIAL	
Case name	Case number