



# TEXAS

## Health and Human Services

### Programa de Medicaid Buy-In

#### Atención médica para personas con discapacidades que trabajan

El programa de Medicaid Buy-In ofrece todos los servicios de atención médica de Medicaid — incluyendo servicios de la comunidad. Algunas personas tienen que pagar una cantidad cada mes para estar en este programa.

##### Este programa es para personas que:

- Tienen una discapacidad física, intelectual, mental o del desarrollo.
- Trabajan.
- Viven en Texas.
- No viven todo el tiempo en una casa de reposo, hospital estatal, o centro de cuidado intermedio para personas con discapacidad intelectual.

##### Posiblemente pueda usar otra solicitud si quiere solicitar beneficios de Medicaid y una de las siguientes aplica a su caso:

- Vive todo el tiempo en una casa de reposo, u otro lugar de cuidado. (Formulario H1200)
- Ya no recibe beneficios de SSI porque la cantidad de Seguro Social que recibe aumentó. (Formulario H1200-EZ)
- Quiere solicitar beneficios del Programa de Ahorros de Medicare (ayuda a pagar por los costos de Medicare como prima, copagos y deducibles). (Formulario H1200-EZ)
- Vive todo el tiempo en un centro residencial con apoyo estatal u hospital estatal. (Formulario H1200-PFS)

Para pedir estos formularios llame al 2-1-1 ó 1-877-541-7905.

**Medicaid Buy-In para Niños** es un programa diferente. Este programa es para familias que tienen un niño con una discapacidad, pero que ganan demasiado dinero para recibir beneficios de otros tipos de Medicaid. Para obtener una solicitud para este programa:

- Vaya a [www.YourTexasBenefits.com](http://www.YourTexasBenefits.com). Haga clic en “Cómo encontrar ayuda”.
- Llame al 2-1-1 y pida que le envíen un Formulario H1200-MBIC por correo.
- Vaya a una oficina de beneficios de la HHSC. (Llame al 2-1-1 para encontrar una oficina cerca).

Las llamadas a la mayoría de los números de teléfono o de fax en esta solicitud son gratis.

Si tiene una discapacidad de la audición o del habla, llame al 7-1-1 o a cualquier servicio de transmisión.

#### Cómo solicitar beneficios

- Llene la solicitud.
- Firme la página 16 y escriba la fecha.
- Envíe los “Documentos que necesitamos”. Vea la página C.
- Si necesita más espacio para contestar las preguntas, añada más hojas.
- Escriba su número de Seguro Social en la parte de abajo de cada página. Esto nos ayudará a saber que ésta es su solicitud.

##### Puede llenar esta solicitud en formato PDF en nuestro sitio web:

1. Vaya a [www.hhsc.state.tx.us](http://www.hhsc.state.tx.us)
2. Haga clic en “Cómo encontrar ayuda”.

Luego de entrar sus respuestas, imprima y firme la solicitud.

Luego puede enviar la solicitud por fax, por correo, o entregarla en persona.

##### Cómo enviar la solicitud:

###### Por correo:

HHSC, PO Box 149024,  
Austin, TX 78714-9024.

###### Por fax:

1-877-447-2839. Si los dos lados de la solicitud tienen datos, envíe ambos lados por fax.

###### En persona:

En una oficina de beneficios. Llame al 2-1-1 para encontrar una cerca.

# Otra ayuda e información legal

## Después de

### recibir su solicitud:

Si puede recibir beneficios del programa, le enviaremos una carta para decirle:

- Cuánto tendrá que pagar (suprime).
- Cuándo tiene que hacer su pago (usualmente es al final de cada mes).
- Cuándo comenzarán sus beneficios.

### Sus beneficios comenzarán cuando pague su primera prima.

## Preguntas sobre esta solicitud o sobre los beneficios.

Llame al 2-1-1 ó 1-877-541-7905.

Luego de escoger un idioma, oprima el 2.

- Pregunte sobre esta solicitud
- Encuentre un lugar para que le ayuden a llenar esta solicitud.
- Revise el estado de la solicitud.
- Pregunte sobre programas de beneficios.

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

## 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>.

## Denuncie el malgasto, abuso y fraude

Si cree que alguien está usando indebidamente beneficios estatales, llame al 1-800-436-6184.

**Aviso: Podría tener que pagarle al estado con su propiedad por servicios que reciba.** Para más información vea la página 16.

## Su derecho a 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 de derechos civiles.

Comuníquese con nosotros en

[HHSCCivilRightsOffice@hhsc.state.tx.us](mailto:HHSCCivilRightsOffice@hhsc.state.tx.us) o:

- Por correo: HHSC, Office of Civil Rights  
701 W. 51st 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 estado migratorio de las personas que solicitan beneficios.
- Si no es ciudadano de EE. UU., 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 una agencia que ayuda inmigrantes con preguntas legales.

## 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 EE. UU. o inmigrante legal.
- Tiene que ser ciudadano de EE. UU. o inmigrante legal para recibir un SSN.
- Puede solicitar beneficios para sus niños 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 verificar la cantidad de dinero que recibe (ingresos), si puede recibir beneficios y la cantidad de beneficios que puede recibir.

## Cómo presentar una queja

(42 CFR §435.910)

Si tiene una queja llame al 2-1-1 ó 1-877-541-7905.

Si todavía necesita ayuda, llame al 1-877-787-8999.

## Los documentos que necesitamos



A continuación, vea los documentos que debe traer o enviar con esta solicitud.

Sólo necesitamos copias de estos documentos. Guarde los originales con sus documentos.

### Avísenos si necesita ayuda para obtener estos documentos.

#### Tiene que enviarnos copias de estos documentos:

- **Número de Seguro Social –** Tarjeta de Seguro Social o estado de cuenta.
- **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. Si no ha trabajado el tiempo suficiente como para obtener 6 talones de cheque de pago, envíe todos los talones de cheque de pago que tenga de ese trabajo.

- **Ciudadanía o estado migratorio – Si es ciudadano de los Estados Unidos:** Pasaporte de EE. UU., Certificado de Naturalización, certificado de nacimiento de EE. UU., registro de nacimiento del hospital o tarjeta de Medicare. (Si está renovando beneficios, sólo necesitamos estos documentos si su estado migratorio cambió).

**Si es un inmigrante:** Tarjeta de registro de inmigrante o documentos de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. Necesitamos copia de los dos lados de estas hojas. (Si está renovando beneficios, necesitamos esto si su estado cambió).

#### Envíenos copias de estos documentos sólo si tienen que ver con su caso:

- **Prueba de discapacidad –** archivos médicos relacionados con la discapacidad de los pasados 12 meses. Si no tiene 12 meses de archivos, envíenos los que tenga.

**No tiene que enviar prueba de discapacidad si recibe beneficios de jubilación, de Sobreviviente, Seguro por incapacidad (RSDI), o Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI).**

- **Representante legal –** Carta poder, orden de tutela, orden de la corte o documentos de la corte similares.
- **Seguro Social, pensión, beneficios de veterano, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), indemnización laboral, compensación por desempleo, u otros beneficios gubernamentales –** Carta de concesión o talones de cheque de pago.
- **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 alguien recibe –** Registro del secretario del distrito. O una carta del padre que paga mostrando cuánto paga, cada cuanto lo paga y la fecha en que usualmente lo paga. La carta tiene que tener la fecha, el nombre, dirección, número de teléfono y firma del padre que paga la manutención.
- **Acciones, bonos, fideicomisos, anualidades –** Acuerdo de fideicomiso, contrato de anualidades, certificado de acciones, instrumento de bono o estados de cuenta actuales.
- **Préstamos, pagarés y regalos (incluye a alguien que paga cuentas por usted) –** Acuerdo del préstamo. O declaración de la persona que le da o le paga el dinero, o que está pagando sus cuentas. La declaración tiene que tener la fecha, 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.
- **Bienes raíces, propiedades, petróleo, gas y derechos mineros –** 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 de vida, de entierro y de atención médica que muestren su valor actual. También podríamos necesitar la información y pólizas del seguro médico del trabajo de su esposo(a) o ex esposo(a).

This page intentionally left blank

Solicitud de beneficios  
Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas

## **Programa de Medicaid Buy-In**

## **Para personas con discapacidades que trabajan**

**Use tinta oscura.** Favor de escribir en letra de molde. Si necesita más espacio, añada más hojas.

Llene los círculos (○) así ➔ ● .

## **Sección A**

## **La persona que solicita beneficios**

Llene todas las partes que pueda de la solicitud.

<b>Nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>																																													
<b>Apellido</b>																																														
<b>Número de Seguro Social</b>	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																													
<b>Fecha de nacimiento</b> <table border="1" style="width: 150px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																														
<b>Dirección postal</b>																																														
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>																																												
<b>Número de teléfono de la casa</b>		<b>Celular o número de teléfono durante el día</b>																																												
<b>Dirección</b>																																														
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>																																												
<b>Condado</b>	<b>Correo electrónico</b>																																													
<b>¿Vive en Texas?</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<b>¿Piensa quedarse en Texas?</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No																																												
<b>Si la persona recibe dinero del Seguro Social o de jubilación ferroviaria, escriba el número.</b>		Número de reclamación de Seguro Social																																												
<b>Sexo</b> <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer		<b>¿Hispano o Latino?</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No																																												
<b>Marque uno o más:</b>																																														
<input type="radio"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico <input type="radio"/> Blanco																																														
<b>Marque uno:</b> <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo																																														
<b>Nombre del esposo(a)</b> _____																																														

Agency Use Only

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

Case/EDG number:

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

**Sección B**

**Personas  
que le están  
ayudando**

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

Esta 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 recibir beneficios.  
Esto incluye avisar sobre cambios en su caso.
- Tomar cualquier acción necesaria para obtener beneficios. Esto incluye avisar sobre cambios y renovar beneficios.

Al aceptar actuar como su representante autorizado, me comprometo 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](http://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. ¿Quiere darle a alguien el derecho de actuar por usted,  
de ser su representante autorizado? .....  Sí  No

\_\_\_\_\_  
**Nombre**

(        ) -  
**Número de teléfono**

**Dirección**

Esta persona:

- Tiene su poder legal
- Es su tutor legal nombrado por la corte
- Otro relación: \_\_\_\_\_

**Su representante autorizado**

Si esta persona está llenando la solicitud por usted, también tiene que firmar la página 16.

La persona que esté de acuerdo en ser su representante autorizado tiene que  
firmar aquí.

Fecha

**Usted, la persona que solicita beneficios**

Firme aquí para mostrar que está de acuerdo en que la persona que  
se menciona arriba sea su representante autorizado.

Fecha



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

**Sección E**

**Cobertura médica**

**Medicare**

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

Si contesta sí, ¿qué tipo?  Parte A  Parte B  Parte C

Si contesta sí, ¿cuánto paga cada mes (*Premiums*) por Medicare? \$ \_\_\_\_\_

**Otro seguro médico**

¿Tiene otro seguro médico aparte de Medicare, Medicaid o CHIP?

Incluya el seguro médico que tuvo 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 _____	
PÓLIZA 1	Nombre y dirección de la compañía de seguros _____ / _____ / _____	Número de la póliza _____	
	Fecha: Comienzo de cobertura _____	Fecha: Termina la cobertura _____	Tipo de cobertura _____
	\$ _____	¿Cuánto paga por la prima? _____ Quién paga por la prima? _____	
¿Tiene seguro médico a través de un trabajo que tenía o tiene ahora? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			Si contesta sí, díganos el nombre del empleador _____
PÓLIZA 2	Nombre de la persona asegurada (nombre, segundo nombre, apellido) _____	Nombre del dueño de la póliza _____	
PÓLIZA 2	Nombre y dirección de la compañía de seguros _____ / _____ / _____	Número de la póliza _____	
	Fecha: Comienzo de cobertura _____	Fecha: Termina la cobertura _____	Tipo de cobertura _____
	\$ _____	¿Cuánto paga por la prima? _____ Quién paga por la prima? _____	
¿Tiene seguro médico a través de un trabajo que tenía o tiene ahora? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			Si contesta sí, díganos el nombre del empleador _____

**Recordatorio:**

**Si necesita más espacio, añada más hojas.**

**Otros datos**

1. ¿Recibe beneficios de Medicaid de otro estado? .....  Sí  No

Si contesta sí, ¿de cuál estado?

¿Cuando fue la última vez que recibió beneficios?

2. ¿Recibe o espera recibir 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.

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

**Sección F**

**Cosas por  
las que paga  
o de las que es  
dueño (Bienes)**

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

Dénos los datos de los artículos por los que paga o de los que es dueño.

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

Si contesta sí, dé los datos abajo:

**CUENTA 1**

Número de cuenta de banco

Nombre y dirección del banco o compañía

Nombres en la cuenta de banco

\$

Valor

Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién.  Esposo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

**CUENTA 2**

Número de cuenta de banco

Nombre y dirección del banco o compañía

Nombres en la cuenta de banco

\$

Valor

Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién.  Esposo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

**Recordatorio:  
Si necesita más  
espacio, añada  
más hojas.**

**CUENTA 1**

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

Si contesta sí, dé los datos abajo:

**CUENTA 2**

Número de cuenta de banco

Nombre y dirección del banco o compañía

Nombres en la cuenta de banco

\$

Valor

Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién.  Esposo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

Número de cuenta de banco

Nombre y dirección del banco o compañía

Nombres en la cuenta de banco

\$

Valor

Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién.  Esposo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

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

**Sección F**

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

3. ¿Tiene un certificado de depósito (CD), cuentas de mercado de valores o IRA? .....  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

Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién.  Esposo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

**CUENTA 2**

Número de cuenta de banco

Nombres en la cuenta de banco

\$

Valor

Nombre y dirección del banco o compañía

Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién.  Esposo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

**Por ley, tiene que decirnos si usted o su esposo(a) tienen intereses sobre una anualidad u otro tipo de inversión.**

**Si recibe beneficios de Medicaid, el estado de Texas se convertirá en el beneficiario nudo de esta anualidad o tipo de inversión similar.**

4. ¿Tiene bonos, inversiones o anualidades? .....  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

Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién.  Esposo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

Si esta cuenta es una anualidad, ¿es el estado de Texas el beneficiario nudo? .....  Sí  No

**CUENTA 2**

Número de cuenta de banco

Nombres en la cuenta de banco

\$

Valor

Nombre y dirección del banco o compañía

Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién.  Esposo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

Si esta cuenta es una anualidad, ¿es el estado de Texas el beneficiario nudo? .....  Sí  No

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

**Sección F**

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

5. ¿Tiene la autoridad para firmar en la cuenta de otra persona? .....  Sí  No

Si contesta sí, dé los datos abajo

Nombre del dueño de la cuenta	Número de la cuenta	\$	Valor
-------------------------------	---------------------	----	-------

Nombre y dirección del banco o compañía			
---	--	--	--

6. ¿Tiene una caja de seguridad? .....  Sí  No

Si contesta sí, dé los datos abajo

Nombre y dirección del banco o compañía que guarda la caja de seguridad.			
--	--	--	--

Artículo	\$	Valor
----------	----	-------

Artículo	\$	Valor
----------	----	-------

7. ¿Tiene dinero en efectivo a la mano? .....  Sí  No

Si contesta sí, ¿cuánto dinero en efectivo tiene? \$ \_\_\_\_\_

8. ¿Tiene seguro de vida? .....  Sí  No

Si contesta sí, dé los datos abajo:

Nombre y dirección de la compañía de seguros		
--	--	--

Número de la póliza	Valor	\$	Valor actual
---------------------	-------	----	--------------

Nombre y dirección de la compañía de seguros		
--	--	--

Número de la póliza	Valor	\$	Valor actual
---------------------	-------	----	--------------

9. ¿Tiene una tumba o terreno? .....  Sí  No

Nombre del cementerio	Cantidad de terrenos	\$	Valor
-----------------------	----------------------	----	-------

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

**Sección F**

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

10. ¿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 del contrato	\$ Valor
------------------------------------	--------------------------------	----------

11. ¿Tiene una hipoteca o pagaré de préstamo? .....  Sí  No  
Si contesta sí, son:  Negociables  No negociables

\$	Valor
----	-------

Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién.  Esposo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

12. ¿Tiene fideicomisos? .....  Sí  No  
Si contesta sí:

\$	Valor
----	-------

¿Qué tipo de fideicomisos?  
Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién.  Esposo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

13. ¿Tiene autos, camión, bote u otro tipo de vehículo? .....  Sí  No  
Si contesta sí:

\$	Valor
----	-------

Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién.  Esposo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

\$	Valor
----	-------

Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién.  Esposo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

14. ¿Tiene una casa (incluyendo una casa móvil)? .....  Sí  No  
Si contesta sí:

\$	Valor actual
----	--------------

Si no está viviendo en su casa en este momento,  
¿quiere 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

Si es dueño de una casa, no olvide darnos una copia de su declaración de impuestos más reciente.

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

**Sección F**

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

**ARTICULO 1**

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

16. ¿Es dueño o comparte una propiedad, terreno, lote o casas? .....  Sí  No

Si contesta sí:

Dirección o localización	Cantidad del terreno	\$ Valor actual
--------------------------	----------------------	--------------------

Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién.  Esposo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

**ARTICULO 2**

Dirección o localización	Cantidad del terreno	\$ Valor actual
--------------------------	----------------------	--------------------

Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién.  Esposo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

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

Si contesta sí:

**ARTICULO 1**

Dirección o localización	Cantidad del terreno	\$ Valor actual
--------------------------	----------------------	--------------------

Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién.  Esposo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

**ARTICULO 2**

Dirección o localización	Cantidad del terreno	\$ Valor actual
--------------------------	----------------------	--------------------

Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién.  Esposo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

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

Si contesta sí:

<input type="radio"/> Ganado	<input type="radio"/> Ganado
<input type="radio"/> Aves de corral	<input type="radio"/> Aves de corral
Cantidad	\$ Valor actual

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

Si contesta sí:

Tipo de equipo:	\$ Valor actual	Tipo de equipo:	\$ Valor actual

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

**Sección F**

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

20. ¿Recibe algún dinero o beneficios ahora que debió haber recibido en el pasado? .....  Sí  No

Ejemplos:

- Le dieron dinero de una propiedad hace 2 años, pero no ha comenzado a recibir el dinero.
- Solicitó beneficios de SSI hace 3 años y acaban de decidir que puede recibir beneficios. Ahora le pagan por beneficios que debió recibir 3 años atrás.

Si contesta sí:

Tipo de dinero o beneficios	\$	Cantidad que le debían
-----------------------------	----	------------------------

21. ¿Tiene alguna propiedad personal (antigüedades, vajilla fina o de plata, etc.)? .....  Sí  No

Si contesta sí:

Artículo	\$	Artículo	\$
Valor actual		Valor actual	

22. ¿Es dueño o comparte la propiedad de algo que no se ha mencionado en la Sección F? .....  Sí  No

Si contesta sí:

ARTÍCULO 1	Artículo	\$	Valor actual
	Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién. <input type="radio"/> Esposo(a) <input type="radio"/> Otro: _____		
ARTÍCULO 2	Artículo	\$	Valor actual
	Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién. <input type="radio"/> Esposo(a) <input type="radio"/> Otro: _____		

**Sección G**

**Dinero o propiedades que vendió, intercambió o regaló.**

**Dinero o propiedades que vendió, intercambió o regaló**

1. ¿Cedió sus derechos de recibir dinero (incluyendo ingreso o una herencia)? .....  Sí  No

Si contesta sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

2. ¿Bajó la cantidad de beneficios que recibe de alguna fuente? .....  Sí  No

Si contesta sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

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

**Sección H**

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

**Dinero que podría recibir de otros programas**

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

Si contesta sí, marque los programas abajo:

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

**Dinero de trabajos**

¿Recibió dinero en los pasados 3 meses: (a) trabajando para alguien más (b) de un entrenamiento o (c) trabajando por su cuenta? .....  Sí  No

Si contesta sí, dé los datos abajo:

	\$	Antes de quitar impuestos y otras deducciones.	
TRABAJO 1	Horas que trabajó	Cantidad que le pagaron	
	Fecha en que empezó      Última fecha en que le pagaron (mes/año)		
	¿Trabajó por su cuenta? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
	Si contesta no, mencione la persona o lugar que le pagó el dinero.		
TRABAJO 2	\$	Antes de quitar impuestos y otras deducciones.	
	Horas que trabajó	Cantidad que le pagaron	
	Fecha en que empezó      Última fecha en que le pagaron (mes/año)		
	¿Trabajó por su cuenta? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
	Si contesta no, mencione la persona o lugar que le pagó el dinero.		
TRABAJO 3	\$	Antes de quitar impuestos y otras deducciones.	
	Horas que trabajó	Cantidad que le pagaron	
	Fecha en que empezó      Última fecha en que le pagaron (mes/año)		
	¿Trabajó por su cuenta? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
	Si contesta no, mencione la persona o lugar que le pagó el dinero.		
<b>¿Trabaja todavía con este lugar o persona?</b> ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <b>¿Está ausente con paga de este trabajo?</b> ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <b>¿Cada cuánto le pagan?</b> <input type="radio"/> Cada día <input type="radio"/> 2 veces al mes <input type="radio"/> Cada semana <input type="radio"/> Cada mes <input type="radio"/> Cada 2 semanas <input type="radio"/> Otro: _____			
<b>¿Trabaja todavía con este lugar o persona?</b> ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <b>¿Está ausente con paga de este trabajo?</b> ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <b>¿Cada cuánto le pagan?</b> <input type="radio"/> Cada día <input type="radio"/> 2 veces al mes <input type="radio"/> Cada semana <input type="radio"/> Cada mes <input type="radio"/> Cada 2 semanas <input type="radio"/> Otro: _____			
<b>¿Trabaja todavía con este lugar o persona?</b> ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <b>¿Está ausente con paga de este trabajo?</b> ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <b>¿Cada cuánto le pagan?</b> <input type="radio"/> Cada día <input type="radio"/> 2 veces al mes <input type="radio"/> Cada semana <input type="radio"/> Cada mes <input type="radio"/> Cada 2 semanas <input type="radio"/> Otro: _____			

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

**Sección H**

**Dinero que  
recibe en  
el hogar  
(continuación)**

**Otro dinero**

Dé los datos sobre otro dinero que recibe.

1. ¿Recibe beneficios de Seguro Social? .....  Sí  No

**Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes? \$**

2. ¿Recibe beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? .....  Sí  No

**Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes? \$**

3. ¿Recibe beneficios de veterano? .....  Sí  No

**Si contesta sí, ¿cuál es el número de reclamación?** \_\_\_\_\_

**Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes? \$**

4. ¿Sirvieron en las fuerzas armadas usted, esposo(a),  
padre o madre, hijo(a) que ya murió? .....  Sí  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**

5. ¿Recibe beneficios de jubilación ferroviaria? .....  Sí  No

**Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes? \$**

6. ¿Recibe beneficios de jubilación por servicio civil? .....  Sí  No

\$

**Si contesta sí, ¿cuál es el número de reclamación?**

**Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?**

7. ¿Recibe algún otro ingreso por jubilación? .....  Sí  No

\$

**Si contesta sí, ¿cuál es el número de reclamación?**

**Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?**

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

**Sección H**

**Dinero que recibe en el hogar (continuación)**

8. ¿Recibe pagos o anualidades de un seguro privado? .....  Sí  No

**Si contesta sí, ¿cuál es el nombre de la compañía?**

\$

**Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?**

9. ¿Recibe intereses de cualquiera de las siguientes? .....  Sí  No

- cuenta de cheques
- cuenta de ahorros
- certificado de depósito (CD)
- pagaré de préstamo
- otro

\$

**Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?**

**Si contesta sí, ¿cada cuánto lo recibe?**

10. ¿Recibe dividendos de acciones, bonos o seguros? .....  Sí  No

\$

**Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?**

**Si contesta sí, ¿cada cuánto lo recibe?**

11. ¿Le paga alguien renta? .....  Sí  No

\$

**Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?**

**Si contesta sí, ¿cada cuánto lo recibe?**

12. ¿Recibe dinero de contratos de arrendamiento o regalías por derechos mineros de petróleo, gas o minerales? .....  Sí  No

**Si contesta sí, escriba el nombre de la compañía que le paga.**

\$

**Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?**

**Si contesta sí, ¿cada cuánto lo recibe?**

13. ¿Recibe algún dinero por una granja? .....  Sí  No

\$

**Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?**

14. ¿Recibe uno de los siguientes tipos de dinero de alguien más o de algún otro lugar? .....  Sí  No

- dinero en efectivo
- regalos
- pagos porque le prestó dinero a alguien
- cuentas que alguien más paga por usted
- manutención de niños
- entrenamientos
- otro

**Si contesta sí, ¿qué tipo de dinero recibe?**

\$

**Si contesta sí, ¿de quién recibe el dinero y por qué?**

**Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?**

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

**Sección I**

**Gastos médicos**



Esta sección es sólo para personas que solicitan beneficios por primera vez.  
Si está renovando beneficios, puede saltar esta sección.

**Facturas médicas de los pasados 3 meses**

Si no puede 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:

Tipo de cuenta:  Doctor  Hospital  Medicinas  Otro

\$ _____	\$ _____	/ /	Fecha en que recibió el servicio (mes/día/año)
Cantidad de la cuenta	Cantidad que pagó		

**¿Quién le dió el servicio médico?      Dirección del proveedor médico que le dió el servicio**

Si contesta sí, necesitamos saber sobre el dinero que recibe (ingreso) y las cosas por las que paga o de las que es dueño (bienes) durante esos 3 meses.

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

**Sección J**

**Inscripción para votar (opcional)**

**Inscripción para votar**

Llenar la solicitud del registro para votar o negarse a inscribirse no afectará la cantidad de asistencia que este departamento 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, ESO SIGNIFICARÍA QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Si quiere ayuda para llenar la solicitud del registro para votar, le podemos ayudar.

Usted decide si necesita o quiere aceptar la ayuda. Puede llenar la solicitud en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o negarse a inscribirse 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. Número de teléfono: 1-800-252-8683.

**Sólo para uso de la agencia:**

**Voter Registration Status**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Already registered | <input type="checkbox"/> Client to mail   |
| <input type="checkbox"/> Client declined    | <input type="checkbox"/> Mailed to client |
| <input type="checkbox"/> Agency transmitted | <input type="checkbox"/> Other            |

**Agency staff signature**

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

**Sección K**

**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	<b>Teléfono:</b> _____ (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)
<input type="checkbox"/> Por mensaje de texto	<b>Número de celular:</b> _____ (Es posible que su compañía telefónica cobre tarifas de datos y mensajes)
<input type="checkbox"/> Por correo electrónico	<b>Correo electrónico:</b> _____

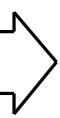
**Si decide proporcionar esta información, será responsable de notificar sobre cualquier cambio en su información de contacto a su MCO o proveedor de su plan médico. Avisé a su MCO o proveedor de su plan médico si prefiere no ser contactado por teléfono, mensaje de texto ni correo electrónico.**

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

**Sección L**

**Declaración de entendimiento**

**Lea esta sección antes de firmar.**



**Declaración de entendimiento**

**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..

**Consentimiento para la verificación de bienes**

Entiendo que con mi firma al calce o en mi solicitud autorizo a la HHSC a obtener información sobre mis bienes bancarios, en cooperativas de crédito o en otras instituciones financieras para que la HHSC determine si puedo recibir Medicaid.

La HHSC puede seguir verificando esta información hasta que:

- la HHSC deniegue mi solicitud de Medicaid; o
- yo no pueda seguir recibiendo Medicaid; o
- yo avise por escrito a la HHSC que no deseo que la HHSC siga verificando esta información.

Si no permito que la HHSC pida información sobre mí a las instituciones financieras, o si le indico a la HHSC que no deseo que siga verificando esta información, entiendo que la HHSC podría denegarme o suspender mis beneficios de Medicaid.

**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 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 dé 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).

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

**Aviso:**

**Es posible que se tenga que pagarle al estado de su propiedad testamentaria por los servicios que usted reciba.**

**Programa de Recuperación de Medicaid:**

Si usted recibe ciertos servicios de atención a largo plazo de Medicaid, el estado de Texas tiene el derecho de pedir que le devuelvan cierta cantidad de dinero de su propiedad testamentaria después de que usted fallezca. En algunos casos, es posible que el estado no pida nada. El estado nunca pedirá más dinero de lo que pagó por sus servicios.

El estado solo puede pedir dinero de su propiedad testamentaria si:

1. usted solicitó y recibió ciertos servicios de Medicaid el 1 de marzo de 2005 o después; y
2. usted tenía 55 años o más cuando recibió los servicios

Para saber más acerca del Programa de Recuperación de Medicaid de Texas, incluyendo las respuestas a las preguntas frecuentes, visite <https://hhs.texas.gov/MERP>. También puede enviar sus preguntas por correo electrónico a [merp@hhsc.state.tx.us](mailto:merp@hhsc.state.tx.us).

Si usted tiene un problema o una queja debe primero hablar de ello con alguien del Programa de Recuperación de Medicaid de Texas. A menudo el personal puede explicar ciertas normas o resolver el problema inmediatamente. Si no está satisfecho con la resolución del problema o queja, puede comunicarse con la Oficina del Ombudsman del HHS llamando al 1-877-787-8999 o presentando el problema o queja por Internet en <https://hhs.texas.gov/ombudsman>.

**Al firmar a continuación, acepto:**

**Usted...**

1. Incluyó los “documentos que necesitamos” que se mencionan en la página C.
2. Escribió la fecha y firmó esta página.

- Dejar que la HHSC y otros departamentos estatales, federales y locales revisen, den información y obtengan datos sobre mí, mi esposo(a) o de mi patrocinador.
- Dejar que otra persona, compañía u organización dé a la HHSC los datos que tienen sobre mí.
- Los datos que se verificarán y divulgarán incluyen cualquier información que les ayude a decidir: (1) quién puede recibir beneficios y (2) la cantidad de beneficios.

**Mis respuestas son verdaderas: 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 es, se me puede enjuiciar penalmente. Firme abajo para mostrar que acepta:**

**Persona que solicita beneficios:**

Firme aquí

/ /

Fecha

**Padres, tutor legal, representante autorizado, administrador nombrado por la corte, ejecutor o si tiene un poder legal de la persona que solicita beneficios:**

Firme aquí (Tiene que mostrar prueba de este derecho)

/ /

Fecha

Firme aquí (Tiene que mostrar prueba de este derecho)

/ /

Fecha

**Testigo (sólo se necesita si la persona mencionada arriba firma con una “X” u otra marca):**

Firme aquí

/ /

Fecha

Nombre del testigo en letra de molde

**¿Está listo para enviar la solicitud? Vea “Cómo enviar la solicitud” al final de la página A.**