

# 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:** Texas Health and Human Services Commission, P O Box 149024, Austin, Texas, 78714-9024 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. **Page A**



## Puede solicitar o renovar 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.



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@hpsc.state.tx.us](mailto:HHSCivilRightsOffice@hpsc.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 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

### 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>.

### 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

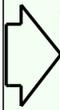
¿Quiere ayuda para aprender a leer o completar un GED? ¿Necesita ayuda con las habilidades que se necesitan para un trabajo? ¿O para aprender a hablar inglés? Llame al 1-800-441-7323 (1-800-441-READ).

### 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. **Page 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" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;">-</td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;">-</td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td> </tr> </table>				-			-					<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;">-</td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;">-</td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td> </tr> </table> <p style="font-size: small; text-align: center;">Sólo si solicita beneficios</p>				-			-				
			-			-																		
			-			-																		
<b>Fecha de nacimiento</b>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;">-</td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;">-</td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">mes                      día                      año</p>		-		-			<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;">-</td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;">-</td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">mes                      día                      año</p>		-		-												
	-		-																					
	-		-																					
<b>Dirección postal</b>	_____	_____																						
<b>Ciudad</b>	_____	_____																						
<b>Estado, 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, Código postal</b>	_____	_____																						
<b>Condado</b>	_____	_____																						
<b>Correo electrónico</b>	_____	_____																						

**Sólo para uso de la agencia:**

Date received: \_\_\_\_\_ Case/EDG number: \_\_\_\_\_

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

**Sección A**

**Usted y su  
espos(a)  
(continuación)**

**Preguntas  
opcionales**

	<b>Usted</b>	<b>Espos(a)</b>
¿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
<b>Si la persona recibe dinero del Seguro Social o pensión de ferrocarril, escriba el número.</b>	Número de reclamación de Seguro Social  Número de pensión de ferrocarril	Número de reclamación de Seguro Social  Número de pensión de ferrocarril
<b>Sexo</b>	Hombre    Mujer	Hombre    Mujer
¿Hispano o Latino?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<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 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
<b>Marque uno:</b>	<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**

	<b>Usted</b>	<b>Espos(a)</b>
¿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
<b>Si tiene auspiciador, escriba el nombre de la persona.</b>	Nombre del auspiciador	Nombre del auspiciador
<b>Fecha que entró a los Estados Unidos</b>	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 decuidado.

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).

	<b>Usted</b>	<b>Espos(a)</b>
¿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

**Sección D**

**Personas que le ayudan**

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

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

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 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.

	<b>Usted o su esposo(a)</b>
1. ¿Quiere darle a alguien el derecho de actuar por usted, de ser su representante autorizado?..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<b>Si contesta sí, díganos sobre esta persona:</b>	_____ <b>Nombre</b>  _____ <b>Dirección</b> (    )    - _____ <b>Número de teléfono</b>
<b>Esta persona es su:</b>	<input type="radio"/> Tutor <input type="radio"/> Representante con poder notarial <input type="radio"/> Otro relación: _____

**Su representante autorizado**

Si esta persona está llenando la solicitud por usted, también tiene que firmar la página 19.

\_\_\_\_\_

**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**

\_\_\_\_\_

**Sección D**

**Personas que le ayudan**  
(continuación)

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

**Si contesta sí, díganos sobre esta persona:**

	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 _____

**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**

<b>Donde usted vive</b>	
¿Dónde vive?	
<b>Usted</b>	<b>Espos(a)</b>
<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
---	---

**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.

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

 **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.

**Sección F**

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

**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	\$	\$	
Impuestos de la casa	\$	\$	
Agua y desagüe	\$	\$	
Electricidad	\$	\$	
Gas natural o propano	\$	\$	
Teléfono	\$	\$	
Seguro de la casa	\$	\$	
Comida	\$	\$	

**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"/> Part A <input type="radio"/> Part B <input type="radio"/> Part D	<input type="radio"/> Part A <input type="radio"/> Part B <input type="radio"/> Part 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.

_____ <b>Nombre de la persona asegurada</b> (nombre, segundo nombre, apellido)	_____ <b>Nombre del dueño de la póliza</b>		
_____ <b>Compañía de seguros</b>	_____ <b>Dirección de la compañía de seguros</b> / / / /		
_____ <b>Número de la póliza</b>	_____ <b>Fecha que empezó la cobertura</b>	_____ <b>Fecha que termina la cobertura</b>	_____ <b>Tipo de cobertura</b>
\$ _____ <b>¿Cuánto es el costo mensual (Premium)?</b>	_____ <b>¿Quién paga por el costo mensual (Premium)?</b>		
¿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? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		_____ Si contesta sí, díganos el nombre del empleador	

PÓLIZA 1

**Sección G**

**Datos médicos  
(continuación)**

<b>PÓLIZA 2</b>	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? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Si contesta sí, díganos el nombre del empleador _____		

**Otros datos**

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

Si contesta sí, ¿de cuál estado? \_\_\_\_\_ ¿Cuando 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:

<b>CUENTA 1</b>	Número de cuenta de banco _____		Nombres en la cuenta de banco _____	
	Nombre y dirección del banco o compañía _____		\$ Valor _____	
<b>CUENTA 2</b>	Número de cuenta de banco _____		Nombres en la cuenta de banco _____	
	Nombre y dirección del banco o compañía _____		\$ Valor _____	

**Recordatorio:**

Si necesita más espacio, añada más páginas.

**Sección H**

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

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
		\$
	_____	_____
	Nombre y dirección del banco o compañía	Valor

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

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	Nombres en la cuenta
		\$
	_____	_____
	Nombre y dirección del banco o compañía	Valor

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

4. ¿Tiene bonos, inversiones o anualidades? .....  Sí  No  
Si contesta sí, dé los datos abajo:

CUENTA 1	_____	_____
	Número de cuenta	Nombres en la cuenta
		\$
	_____	_____
	Nombre y dirección del banco o compañía	Valor
	Si esta cuenta es una anualidad, ¿es el estado de Texas el beneficiario nudo? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

CUENTA 2	_____	_____
	Número de cuenta	Nombres en la cuenta
		\$
	_____	_____
	Nombre y dirección del banco o compañía	Valor
	Si esta cuenta es una anualidad, ¿es el estado de Texas el beneficiario nudo? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

Por ley, tiene que decirnos si usted o su esposo(a) tienen intereses sobre una anualidad o instrumento similar.

Si recibe beneficios de Medicaid, el estado de Texas se convertirá en el beneficiario nudo de este instrumento.

**Sección H**

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

5. ¿Cerró una cuenta (de banco, inversiones, anualidad, etc) en los pasados 5 años? .....  Sí  No  
Si contesta sí, dé los datos abajo:

<b>CUENTA 1</b>	Nombre de cuenta o inversiones que cerró	Número de cuenta	\$ Cantidad que recibió
	Nombre y dirección de la compañía que se hizo cargo de la cuenta o inversión		/ / Fecha en que cerró la cuenta o inversión
<b>CUENTA 2</b>	Nombre de cuenta o inversiones que cerró	Número de cuenta	\$ Cantidad que recibió
	Nombre y dirección de la compañía que se hizo cargo de la cuenta o inversión		/ / Fecha en que cerró la cuenta o inversión

6. ¿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		

7. ¿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

8. ¿Tiene un fideicomiso del paciente? .....  Sí  No  
Si contesta sí:

Nombre y dirección del lugar que mantiene su fideicomiso.	\$ Valor
---	-------------



Ahorre tiempo

**Esta pregunta es sólo para personas en una casa de reposo u otro lugar de cuidado.**

**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:

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

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

11. ¿Tiene una tumba o terreno? .....  Sí  No  
Si contesta sí, díganos:

_____	_____	\$ _____
<b>Nombre del cementerio</b>	<b>Cantidad de terrenos</b>	<b>Valor</b>

12. ¿Tiene un contrato previo a la necesidad de servicios funerarios? .....  Sí  No  
Si contesta sí, díganos:

_____	_____	\$ _____
<b>Nombre y dirección de la funeraria</b>	<b>Comprador o dueño de los contratos</b>	<b>Valor</b>

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

_____	\$ _____
	<b>Valor</b>

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

_____	\$ _____
<b>¿Qué tipo de fideicomisos?</b>	<b>Valor</b>

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

_____	_____	\$ _____
<b>Marca / Modelo</b>	<b>Año</b>	<b>Valor</b>
_____	_____	\$ _____
<b>Marca / Modelo</b>	<b>Año</b>	<b>Valor</b>

**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:

		\$
<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:

		\$
<b>Dirección o localización</b>	<b>Cantidad del terreno</b>	<b>Valor actual</b>

		\$
<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:

		\$
<b>Dirección o localización</b>	<b>Cantidad del terreno</b>	<b>Valor actual</b>

		\$
<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>	\$	
<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:

	\$	
<b>Tipo de equipo</b>	<b>Valor actual</b>	<b>Tipo de equipo</b>

	\$	
<b>Tipo de equipo</b>	<b>Valor actual</b>	<b>Tipo de equipo</b>



**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:

<p><b>¿Quién recibió el dinero?</b> <input type="radio"/> Usted <input type="radio"/> Su esposo(a) <small>Antes de quitar impuestos y otras deducciones.</small></p> <p>_____ \$ _____</p> <p>Horas que trabajó / / Cantidad que le pagaron /</p> <p>Fecha en que empezó _____ Ultima fecha en que le pagaron (mes/año) _____</p> <p><b>¿Trabajó por su cuenta?</b> ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Si contesta no, mencione la persona o lugar que le pagó el dinero.</p>	<p><b>¿Trabaja todavía con este lugar o persona?</b> ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p><b>¿Cada cuánto le pagan?</b></p> <p><input type="radio"/> Cada día <input type="radio"/> 2 veces al mes</p> <p><input type="radio"/> Cada Semana <input type="radio"/> Cada mes</p> <p><input type="radio"/> Cada 2 Semanas <input type="radio"/> Otro: _____</p>
---	--

<p><b>¿Quién recibió el dinero?</b> <input type="radio"/> Usted <input type="radio"/> Su esposo(a) <small>Antes de quitar impuestos y otras deducciones.</small></p> <p>_____ \$ _____</p> <p>Horas que trabajó / / Cantidad que le pagaron /</p> <p>Fecha en que empezó _____ Ultima fecha en que le pagaron (mes/año) _____</p> <p><b>¿Trabajó por su cuenta?</b> ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Si contesta no, mencione la persona o lugar que le pagó el dinero.</p>	<p><b>¿Trabaja todavía con este lugar o persona?</b> ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p><b>¿Cada cuánto le pagan?</b></p> <p><input type="radio"/> Cada día <input type="radio"/> 2 veces al mes</p> <p><input type="radio"/> Cada Semana <input type="radio"/> Cada mes</p> <p><input type="radio"/> Cada 2 Semanas <input type="radio"/> Otro: _____</p>
---	--

**Sección J**

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

<b>Otro dinero</b> Dé los datos sobre otro dinero que usted o su esposo(a) reciben.									
<b>Usted</b>	<b>Esposo(a)</b>								
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.									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Nombre _____</td> <td style="width: 50%; border: none;">Número de servicio militar _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">/ / _____</td> <td style="width: 50%; border: none;">/ / _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Fecha en que empezó el servicio</td> <td style="width: 50%; border: none;">Fecha en que terminó el servicio</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none; border: 1px solid black; padding: 5px;">                 ¿Con quién se relaciona esta persona?:  <input type="radio"/> Usted <input type="radio"/> Su esposo(a)                  _____                  ¿Cuál es su relación con usted?             </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Nombre _____</td> <td style="width: 50%; border: none;">Número de servicio militar _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">/ / _____</td> <td style="width: 50%; border: none;">/ / _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Fecha en que empezó el servicio</td> <td style="width: 50%; border: none;">Fecha en que terminó el servicio</td> </tr> </table>	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?	
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Nombre _____</td> <td style="width: 50%; border: none;">Número de servicio militar _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">/ / _____</td> <td style="width: 50%; border: none;">/ / _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Fecha en que empezó el servicio</td> <td style="width: 50%; border: none;">Fecha en que terminó el servicio</td> </tr> </table>	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?		
Nombre _____	Número de servicio militar _____								
/ / _____	/ / _____								
Fecha en que empezó el servicio	Fecha en que terminó el servicio								
<b>Usted</b>	<b>Esposo(a)</b>								
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?								

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

**Sección J**

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

Usted	Esposo(a)
7. ¿Recibe algún otro ingreso por jubilación? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<p>_____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿cuál es el número de reclamación?</b></p> <p>\$ _____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?</b></p>	<p>_____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿cuál es el número de reclamación?</b></p> <p>\$ _____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?</b></p>

8. ¿Recibe pagos o anualidades de un seguro privado? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<p>_____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿cuál es el nombre de la compañía?</b></p> <p>\$ _____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?</b></p>	<p>_____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿cuál es el nombre de la compañía?</b></p> <p>\$ _____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?</b></p>

9. ¿Recibe intereses de cualquiera de las siguientes? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <ul style="list-style-type: none"> <li>• cuenta de cheques    • cuenta de ahorros    • certificado de depósito (CD)</li> <li>• pagaré de préstamo    • otro</li> </ul>	
<p>\$ _____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?</b></p> <p>_____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿cada cuánto lo recibe?</b></p>	<p>\$ _____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?</b></p> <p>_____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿cada cuánto lo recibe?</b></p>

10. ¿Recibe dividendos de acciones, bonos o seguros? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<p>\$ _____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?</b></p> <p>_____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿cada cuánto lo recibe?</b></p>	<p>\$ _____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?</b></p> <p>_____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿cada cuánto lo recibe?</b></p>

11. ¿Le paga alguien renta? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<p>\$ _____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?</b></p> <p>_____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿cada cuánto lo recibe?</b></p>	<p>\$ _____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?</b></p> <p>_____</p> <p><b>Si contesta sí, ¿cada cuánto lo recibe?</b></p>

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

**Sección J**

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

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

**Sección K**

**Gastos médicos  
(continuación)**



Ahorre tiempo

Llene esta sección sólo si vive en:

- Una casa de reposo.
- Un centro residencial con apoyo del estado.
- Un hospital con apoyo del estado.
- Una casa de grupo (ICF/MR).
- Programa de Exención basado en el hogar y la comunidad.

**Gastos médicos que pagó el año pasado**  
 ¿Pagaron usted o su esposo(a) cuentas médicas durante el pasado año? .....  Sí  No  
 Si contesta sí, dé los datos abajo:

/ /	\$	¿Quién recibió los servicios? <input type="radio"/> Usted <input type="radio"/> Su esposo(a)
Fecha en que pagó	Cantidad que pagó	Tipo de cuenta: <input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Medicamento <input type="radio"/> Otro

/ /	\$	¿Quién recibió los servicios? <input type="radio"/> Usted <input type="radio"/> Su esposo(a)
Fecha en que pagó	Cantidad que pagó	Tipo de cuenta: <input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Medicamento <input type="radio"/> Otro

/ /	\$	¿Quién recibió los servicios? <input type="radio"/> Usted <input type="radio"/> Su esposo(a)
Fecha en que pagó	Cantidad que pagó	Tipo de cuenta: <input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Medicamento <input type="radio"/> Otro

/ /	\$	¿Quién recibió los servicios? <input type="radio"/> Usted <input type="radio"/> Su esposo(a)
Fecha en que pagó	Cantidad que pagó	Tipo de cuenta: <input type="radio"/> Doctor <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Medicamento <input type="radio"/> Otro

**Sección L**

**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:**  Already registered  Agency transmitted  Mailed to client

**Voter Registration Status**  Client declined  Client to mail  Other

\_\_\_\_\_ **Agency staff signature**

**Sección M**

**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: \_\_\_\_\_

Por teléfono

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

(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)

Por mensaje de texto

**Número de celular:** \_\_\_\_\_

(Es posible que su compañía telefónica cobre tarifas de datos y mensajes)

Por correo electrónico

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

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

## Sección N

### 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.

#### 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 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).



**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 D.
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 o mi esposo(a).
- Dejar que otra persona, compañía u organización dé a la HHSC los datos que tienen sobre mí o mi esposo(a).
- 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 lo es, se me puede enjuiciar penalmente. Firme aquí para mostrar que acepto:**

Usted	Esposo(a)
_____ Firme aquí	_____ Firme aquí
_____/_____/_____ Fecha	_____/_____/_____ Fecha

Firme abajo si usted es uno de los padres, tutor legal, representante autorizado, administrador nombrado por la corte, ejecutor o si tiene un poder legal para actuar por esta persona.

_____ Firme aquí (debe mostrar prueba de este derecho)	_____ Firme aquí (debe mostrar prueba de este derecho)
_____/_____/_____ Fecha	_____/_____/_____ Fecha

_____ Firme aquí si es un testigo (sólo se necesita si la persona mencionada arriba firma con una “X” u otra marca).	_____/_____/_____ Fecha
_____ Nombre del testigo en letra de molde	