

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)".

	Usted La persona que solicita beneficios	Esposo(a) Su esposo o esposa
¿Para qué beneficios solicita?	<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
Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Segundo nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Seguro Social	<input type="text"/>	<input type="text"/> <small>Sólo si solicita beneficios</small>
Fecha de nacimiento	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>mes día año</small>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>mes día año</small>
Dirección postal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estado, Código postal	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
Número de teléfono de la casa	(<input type="text"/>) - <input type="text"/>	(<input type="text"/>) - <input type="text"/>
Celular o número de teléfono durante el día	(<input type="text"/>) - <input type="text"/>	(<input type="text"/>) - <input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estado, Código postal	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
Condado	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sólo para uso de la agencia: Date received: _____ Case/EDG number: _____

Sección A

Usted y su esposo(a) (continuación)

Preguntas opcionales

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

Sección B

Ciudadanía

	Usted	Esposo(a)																																								
¿Es ciudadano de E.E.U.U.? Si es ciudadano, vaya a la sección C.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si contesta no, dé los datos abajo.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si contesta no, dé los datos abajo.																																								
¿Es refugiado o inmigrante admitido legalmente?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No																																								
Si tiene auspiciador, escriba el nombre de la persona.	_____ Nombre del auspiciador	_____ Nombre del auspiciador																																								
Fecha que entró a los Estados Unidos	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td>/</td><td> </td><td> </td><td>/</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">mes</td> <td></td> <td colspan="2">día</td> <td></td> <td colspan="4">año</td> </tr> </table>			/			/					mes			día			año				<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td>/</td><td> </td><td> </td><td>/</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">mes</td> <td></td> <td colspan="2">día</td> <td></td> <td colspan="4">año</td> </tr> </table>			/			/					mes			día			año			
		/			/																																					
mes			día			año																																				
		/			/																																					
mes			día			año																																				
¿Está inscrito en el Servicio de Inmigración y Ciudadanía de E.E.U.U.?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No _____ Si contesta sí, dé el número de registro de inmigrante	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No _____ Si contesta sí, dé el número de registro de inmigrante																																								

Sección C

Cuidados a largo plazo



Ahorre tiempo

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

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

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

Número de Seguro Social:

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

Solicitud de beneficios
Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas

H1200-5
04/2015
Página 2

Sección D

Personas que le ayudan

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

(un representante autorizado)

- Esta persona puede:
- 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.
 - Dar y obtener datos sobre esta solicitud.
 - Tomar cualquier acción necesaria para obtener beneficios. Esto incluye avisar sobre cambios y renovar beneficios.

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.

Usted o su esposo(a)

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

Si contesta sí, díganos sobre esta persona:

Nombre _____

Dirección _____

() - _____

Número de teléfono _____

Esta persona es su: Tutor Representante con poder notarial Otro relación: _____

Su representante autorizado

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

_____ Fecha _____

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

Usted, la persona que solicita beneficios

_____ Fecha _____

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

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 _____

Número de Seguro Social:

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

Sección E

Ayuda durante la entrevista

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

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

Lo podemos entrevistar si quiere una entrevista.

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

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

Si contesta sí, ¿qué necesita? _____

2. ¿Qué idioma quiere hablar durante la entrevista? _____

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

Si contesta sí, marque lo que necesita:

Español Vietnamita Lenguaje de Señas Americano

Otro _____

Sección F

Su casa o donde usted vive

Donde usted vive

¿Dónde vive?

Usted	Esposo(a)
<input type="radio"/> Casa de reposo <input type="radio"/> Centro residencial con apoyo del estado <input type="radio"/> Hospital estatal <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"/> En su propia casa <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 una casa que paga otra persona <input type="radio"/> Otro _____	<input type="radio"/> Casa de reposo <input type="radio"/> Centro residencial con apoyo del estado <input type="radio"/> Hospital estatal <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"/> En su propia casa <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 una casa que paga otra persona <input type="radio"/> Otro _____

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

_____	_____
Nombre del lugar	Nombre del lugar

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

Sí No Sí No

Número de Seguro Social:

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

Sección F

Su casa o donde usted vive

(continuación)



Ahorre tiempo

Llene esta página sólo si vive:

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

Otras personas que viven con usted

Díganos sobre las personas que viven con usted.

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

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

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

Gastos del hogar

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

Mencione la cantidad que cada persona paga cada mes.

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

Número de Seguro Social:

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

Sección G

Datos médicos

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

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

Otro seguro médico
 ¿Tienen usted o su esposo(a) otro seguro médico aparte de Medicare, Medicaid o CHIP? Incluya el seguro médico que haya tenido el año pasado. Sí No
 Si contesta sí, dé los datos abajo.

PÓLIZA 1

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

PÓLIZA 2

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

Número de Seguro Social:
 | | | - | | - | | | |

Sección G

Datos médicos
(continuación)

Otros datos

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

Si contesta sí, ¿de cuál estado? _____ ¿Cuándo fue la última vez que recibió beneficios?

2. ¿Esperan recibir usted o su esposo(a) dinero de:
 • una demanda • un acuerdo por una lesión personal
 • una reclamación de responsabilidad pública por un accidente? Sí No

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

Sección H

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

Cosas por las que paga o de las que es dueño
 Dénos los datos de los artículos por los que pagan o de los que son dueños usted o su esposo(a).

1. ¿Tiene cuentas de banco? Sí No
 Si contesta sí, dé los datos abajo:

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

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

2. ¿Tiene una cuenta de ahorros? Sí No
 Si contesta sí, dé los datos abajo:

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

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

Recordatorio:
 Si necesita más espacio, añada más páginas.

Número de Seguro Social:
 | | | - | | - | | | |

Sección H

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

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

CUENTA 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre de cuenta o inversiones que cerró	Número de cuenta	Cantidad que recibió
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre y dirección de la compañía que se hizo cargo de la cuenta o inversión		Fecha en que cerró la cuenta o inversión

CUENTA 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre de cuenta o inversiones que cerró	Número de cuenta	Cantidad que recibió
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	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:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del dueño de la cuenta	Número de la cuenta	Valor
<input type="text"/>		
Nombre y dirección del banco o compañía		

7. ¿Tiene una caja de seguridad? Sí No
Si contesta sí, dé los datos abajo:

<input type="text"/>		
Nombre y dirección del banco o compañía que guarda la caja de seguridad.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Artículo		Valor
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Artículo		Valor



Ahorre tiempo

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

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre y dirección del lugar que mantiene su fideicomiso.	Valor

Número de Seguro Social:

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

Sección H

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

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

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

PÓLIZA 1

Nombre y dirección de la compañía de seguros

Número de la póliza

Valor actual

PÓLIZA 2

Nombre y dirección de la compañía de seguros

Número de la póliza

Valor actual

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

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

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

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

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

Marca / Modelo

Año

Valor

Marca / Modelo

Año

Valor

Número de Seguro Social:

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

Sección H

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

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

Si contesta sí:

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

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

Marque todas las que tienen que ver con la casa:

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

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

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

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

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

Si contesta sí:

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

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

Si contesta sí:

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

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

Si contesta sí:

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

21. ¿Tiene equipo de trabajo? Sí No

Si contesta sí:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de equipo	Valor actual	Tipo de equipo:	Valor actual

Número de Seguro Social:

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

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

¿Recibieron usted o su esposo(a) dinero en los pasados 3 meses: (a) trabajando para alguien más (b) de entrenamientos o (c) trabajando por su cuenta? Sí No
 Si contesta sí, dé los datos abajo:

TRABAJO 1

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

 Horas que trabajó

 Cantidad que le pagaron

Antes de quitar impuestos y otras deducciones.

_____/_____/_____
 Fecha en que empezó

_____/_____/_____
 Última fecha en que le pagaron (mes/año)

¿Trabajó por su cuenta? Sí No

¿Trabaja todavía con este lugar o persona? Sí No

¿Cada cuánto le pagan?

Cada día 2 veces al mes
 Cada Semana Cada mes
 Cada 2 Semanas Otro: _____

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

TRABAJO 2

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

 Horas que trabajó

 Cantidad que le pagaron

Antes de quitar impuestos y otras deducciones.

_____/_____/_____
 Fecha en que empezó

_____/_____/_____
 Última fecha en que le pagaron (mes/año)

¿Trabajó por su cuenta? Sí No

¿Trabaja todavía con este lugar o persona? Sí No

¿Cada cuánto le pagan?

Cada día 2 veces al mes
 Cada Semana Cada mes
 Cada 2 Semanas Otro: _____

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

Número de Seguro Social:

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

Sección J

Dinero que recibe en el hogar
(continuación)

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

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

9. ¿Recibe intereses de cualquiera de las siguientes? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No • cuenta de cheques • cuenta de ahorros • certificado de depósito (CD) • pagaré de préstamo • otro	
\$ <input type="text"/> Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe? <input type="text"/> Si contesta sí, ¿cada cuánto lo recibe?	\$ <input type="text"/> Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe? <input type="text"/> Si contesta sí, ¿cada cuánto lo recibe?

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

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

Número de Seguro Social:

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

Sección J

Dinero que recibe en el hogar

(continuación)

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

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

14. ¿Recibe uno de los siguientes tipos de dinero de alguien más o de algún otro lugar? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<ul style="list-style-type: none"> • 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

Número de Seguro Social:

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

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:

<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> \$ <input type="text"/>	¿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

<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> \$ <input type="text"/>	¿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

<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> \$ <input type="text"/>	¿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

<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> \$ <input type="text"/>	¿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:

**Voter
Registration
Status**

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

_____ Agency staff signature

Número de Seguro Social:

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

Solicitud de beneficios
Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas

H1200-S
04/2015
Página 17

Declaración de entendimiento

Lea esta sección antes de firmar.

**Datos que la HHSC tiene sobre mí**

La HHSC usa los datos de las personas que solicitan beneficios para decidir: (1) quién puede recibir beneficios, y (2) la cantidad de los beneficios. La HHSC compara los datos con el Sistema federal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad. Si los datos no corresponden, la HHSC revisará otras fuentes (bancos, empleadores, etc.). Si la persona que solicita beneficios tiene un número de registro de inmigrante, la HHSC tiene que verificar con el sistema del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. (USCIS). La HHSC no dará al USCIS los datos de nadie.

En la mayoría de los casos, puedo ver y obtener los datos que la HHSC tiene sobre mí. Esto incluye los datos que doy a la HHSC y los datos que la HHSC obtiene de otras fuentes (historial médico, antecedentes laborales, etc.). Es posible que tenga que pagar para obtener una copia de estos datos. Puedo pedir a la HHSC que corrija cualquier información incorrecta. No tengo que pagar para corregir un error. Para pedir una copia o corregir un error, puedo llamar al 2-1-1 o a la oficina local de beneficios de la HHSC.

Confidencialidad de mis datos

La HHSC mantendrá privados mis datos si fueron recopilados:

- Por el personal de la HHSC o por un proveedor contratado por la HHSC.
- Para saber si puedo recibir beneficios estatales.

La HHSC puede dar información sobre mis datos

- Cuando sea necesario para que reciba beneficios estatales de atención médica.
- Con compañías de teléfono y de servicios públicos. Pueden averiguar si la cantidad de mi cuenta puede ser reducida. La HHSC les dará mi nombre, dirección y teléfono.

El uso de mis datos personales

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

Si doy información falsa

Si decido no decir la verdad:

- Me pueden acusar de un delito.
- Quizás tenga que pagar los beneficios que recibí.

Lo mismo podría pasar si dejo que otra persona use mi tarjeta de seguro médico o mi forma de identificación de Medicaid.

Pagos Médicos

Si recibo beneficios de Medicaid, la HHSC se quedará con los pagos de servicios médicos que puedo obtener de otras fuentes, como:

- Mi seguro médico.
- El dinero que reciba debido a una lesión.

Tengo que avisarle a la HHSC sobre estas fuentes. De no hacerlo, sería una violación de la ley.

La HHSC sólo se quedará con la cantidad de los pagos de servicios médicos y de manutención médica que permite la ley. Si doy información falsa, cooperaré con la HHSC para que reciba este dinero.

Avisar sobre cambios

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

Número de Seguro Social:

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

