

Programa de Medicaid Buy-In

Atención médica para personas con discapacidades que trabajan

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

Este programa es para personas que:

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

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

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

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

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

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

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

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



TEXAS
Health and Human
Services Commission

Cómo solicitar beneficios

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

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

1. Vaya a www.hhsc.state.tx.us
2. Haga clic en “Cómo encontrar ayuda”.

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

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

Cómo enviar la solicitud:

Por correo:
HHSC, PO Box 149024,
Austin, TX 78714-9024.

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

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

Otra ayuda e información legal

Después de recibir su solicitud:

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

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

Sus beneficios comenzarán cuando pague su primera prima.

Preguntas sobre esta solicitud o sobre los beneficios.

Llame al 2-1-1 ó 1-877-541-7905. Luego de escoger un idioma, oprima el 2.

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

Para más información sobre los beneficios, también puede visitar www.hhsc.state.tx.us.

Denuncie el malgasto, abuso y fraude

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

Aviso: Podría tener que pagarle al estado con su propiedad por servicios que reciba.

Para más información vea la página 16.

Su derecho a recibir un trato justo

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

Comuníquese con nosotros en HHSCivilRightsOffice@hhsc.state.tx.us o:

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

Ciudadanía y estado migratorio

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

Números de Seguro Social

- Sólo necesita dar el número de Seguro Social (SSN) de las personas que solicitan beneficios.
- Dar información sobre el SSN o solicitar uno es voluntario; sin embargo, las personas que no den un número de Seguro Social o no soliciten uno, no podrán recibir beneficios.
- Si no tiene un SSN, podemos ayudarle a solicitar uno si es ciudadano de EE. UU. o inmigrante legal.
- Tiene que ser ciudadano de EE. UU. o inmigrante legal para recibir un SSN.
- Puede solicitar beneficios para sus niños si tienen un SSN, aunque usted no tenga uno.
- No damos los SSN al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas.
- Usaremos los SSN para verificar la cantidad de dinero que recibe (ingresos), si puede recibir beneficios y la cantidad de beneficios que puede recibir.

(42 CFR §435.910)

Cómo presentar una queja

Si tiene una queja llame al 2-1-1 ó 1-877-541-7905. Si todavía necesita ayuda, llame al 1-877-787-8999.

Los documentos que necesitamos

A continuación, vea los documentos que debe traer o enviar con esta solicitud. Sólo necesitamos copias de estos documentos. Guarde los originales con sus documentos.

Avísenos si necesita ayuda para obtener estos documentos.

Tiene que enviarnos copias de estos documentos:

- **Número de Seguro Social** – Tarjeta de Seguro Social o estado de cuenta.
- **Dinero de un trabajo** – los últimos 6 cheques o talones de cheque de pago, una declaración de su empleador o documentos del trabajo que hace por su cuenta. Si no ha trabajado el tiempo suficiente como para obtener 6 talones de cheque de pago, envíe todos los talones de cheque de pago que tenga de ese trabajo.
- **Ciudadanía o estado migratorio** – **Si es ciudadano de los Estados Unidos:** Pasaporte de EE. UU., Certificado de Naturalización, certificado de nacimiento de EE. UU., registro de nacimiento del hospital o tarjeta de Medicare. (Si está renovando beneficios, sólo necesitamos estos documentos si su estado migratorio cambió).
Si es un inmigrante: Tarjeta de registro de inmigrante o documentos de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. Necesitamos copia de los dos lados de estas hojas. (Si está renovando beneficios, necesitamos esto si su estado cambió).

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

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

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

- **Representante legal** – Carta poder, orden de tutela, orden de la corte o documentos de la corte similares.
- **Seguro Social, pensión, beneficios de veterano, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), indemnización laboral, compensación por desempleo, u otros beneficios gubernamentales** – Carta de concesión o talones de cheque de pago.
- **Manutención de niños que paga** – Acta de divorcio, orden de la corte o registro del secretario judicial del distrito que diga la cantidad que paga.
- **Manutención de niños que alguien recibe** – Registro del secretario del distrito. O una carta del padre que paga mostrando cuánto paga, cada cuánto lo paga y la fecha en que usualmente lo paga. La carta tiene que tener la fecha, el nombre, dirección, número de teléfono y firma del padre que paga la manutención.
- **Acciones, bonos, fideicomisos, anualidades** – Acuerdo de fideicomiso, contrato de anualidades, certificado de acciones, instrumento de bono o estados de cuenta actuales.
- **Préstamos, pagarés y regalos (incluye a alguien que paga cuentas por usted)** – Acuerdo del préstamo. O declaración de la persona que le da o le paga el dinero, o que está pagando sus cuentas. La declaración tiene que tener la fecha, el nombre, la dirección, el teléfono y la firma de esa persona.
- **Cuentas de banco** – Estados de cuenta que recibió este mes y en los últimos 3 meses.
- **Bienes raíces, propiedades, petróleo, gas y derechos mineros** – Declaración de impuestos más reciente, órdenes de división, escrituras, pagarés o hipotecas o estados de regalías.
- **Gastos médicos, dentales y de seguro privado** – Cuentas, recibos, estados de cuenta o cheques cancelados de este mes y de los últimos 3 meses.
- **Pólizas de seguro** – Pólizas de seguro de vida, de entierro y de atención médica que muestren su valor actual. También podríamos necesitar la información y pólizas del seguro médico del trabajo de su esposo(a) o ex esposo(a).

Programa de Medicaid Buy-In

Para personas con discapacidades que trabajan

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

Llene los círculos (○) así → ●.

Sección A

La persona que solicita beneficios

Llene todas las partes que pueda de la solicitud.

| | | | |
|---|--|--|--|
| Nombre | | Segundo nombre | |
| Apellido | | | |
| Número de Seguro Social | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Fecha de nacimiento | | <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| mes | | día | |
| año | | | |
| Dirección postal | | | |
| Ciudad | | Estado | Código postal |
| () - | | () - | |
| Número de teléfono de la casa | | Celular o número de teléfono durante el día | |
| Dirección | | | |
| Ciudad | | Estado | Código postal |
| Condado | | Correo electrónico | |
| ¿Vive en Texas? ○ Sí ○ No | | ¿Piensa quedarse en Texas? ○ Sí ○ No | |
| Si la persona recibe dinero del Seguro Social o de jubilación ferroviaria, escriba el número. | | Número de reclamación de Seguro Social | Número de beneficios de jubilación ferroviaria |
| Sexo ○ Hombre ○ Mujer | | ¿Hispano o Latino? ○ Sí ○ No | |
| Marque uno o más: | | | |
| ○ Indio americano o nativo de Alaska | | ○ Asiático | ○ Negro o afroamericano |
| ○ Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico | | ○ Blanco | |
| Marque uno: ○ Casado ○ Soltero ○ Divorciado ○ Separado ○ Viudo | | | |
| Nombre del esposo(a) <input type="text"/> | | | |

Preguntas opcionales

Agency Use Only

Date received: _____

Case/EDG number: _____

Sección B

Personas que le están ayudando

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

Esta persona puede:

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

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.

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

Nombre

() - _____

Número de teléfono

Dirección

- Esta persona: Tiene su poder legal
- Es su tutor legal nombrado por la corte
- Otro relación: _____

Su representante autorizado

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

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

Fecha

Usted, la persona que solicita beneficios

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

Fecha

Número de Seguro Social:

_____|_____|_____|-|_____|-|_____|_____|_____|

Sección B

Personas que le están ayudando
(continuación)

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:

| | |
|----------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nombre | Relación con usted o nombre de la organización |
| <input type="text"/> | () - |
| Dirección | Número de teléfono |

Sección C

Ciudadanía

Ciudadanía

¿Es ciudadano de E.E.U.U.? Sí No
Si es ciudadano, vaya a la sección D.

Si contesta no, dé los datos abajo.

¿Es refugiado o un inmigrante admitido legalmente? Sí No
¿Tiene un patrocinador? Sí No

Nombre del patrocinador

Dirección del patrocinador

Número de teléfono del patrocinador

Fecha que entró a los Estados Unidos.

| | | | | | | | |
|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| mes | | día | | año | | | |

¿Está inscrito con el Servicio de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos?..... Sí No

Si contesta sí, número de registro de inmigrante:

Sección D

Ayuda durante la entrevista

Posiblemente tendremos que hablar con usted para pedirle más datos

Si necesitamos hablar con usted, ¿quiere que le llamemos por teléfono o quiere venir a nuestra oficina? Llamar por teléfono Venir a nuestra oficina
Si quiere venir a nuestra oficina, dé 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

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 E

**Cobertura
médica**

Medicare

¿Recibe beneficios de Medicare? Sí No

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

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

Otro seguro médico

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

Incluya el seguro médico que tuvo el año pasado. Sí No

Si contesta sí, dé los datos abajo.

PÓLIZA 1

Nombre de la persona asegurada (nombre, segundo nombre, apellido)

Nombre del dueño de la póliza

Nombre y dirección de la compañía de seguros

Número de la póliza

Fecha: Comienzo de cobertura

Fecha: Termina la cobertura

Tipo de cobertura

¿Cada cuánto paga la prima?

- Cada mes
- Cada tres meses
- Cada año

\$ _____

¿Cuánto paga por la prima?

¿Quién paga por la prima?

¿Tiene seguro médico a través de un trabajo

que tenía o tiene ahora?..... Sí No

Si contesta sí, díganos el nombre del empleador

PÓLIZA 2

Nombre de la persona asegurada (nombre, segundo nombre, apellido)

Nombre del dueño de la póliza

Nombre y dirección de la compañía de seguros

Número de la póliza

Fecha: Comienzo de cobertura

Fecha: Termina la cobertura

Tipo de cobertura

¿Cada cuánto paga la prima?

- Cada mes
- Cada tres meses
- Cada año

\$ _____

¿Cuánto paga por la prima?

¿Quién paga por la prima?

¿Tiene seguro médico a través de un trabajo

que tenía o tiene ahora?..... Sí No

Si contesta sí, díganos el nombre del empleador

Recordatorio:

Si necesita más espacio, añada más hojas.

Otros datos

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

Si contesta sí, ¿de cuál estado?

¿Cuándo fue la última vez que recibió beneficios?

2. ¿Recibe o espera recibir dinero de: • una demanda • un acuerdo por una lesión personal • una reclamación de responsabilidad pública por un accidente? Sí No

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

Número de Seguro Social:

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
| | | | - | | | - | | | | |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

Sección F

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

3. ¿Tiene un certificado de depósito (CD), cuentas de mercado de valores o IRA? Sí No
Si contesta sí, dé los datos abajo:

CUENTA 1

| | |
|---|-------------------------------|
| Número de cuenta de banco | Nombres en la cuenta de banco |
| Nombre y dirección del banco o compañía | Valor \$ |

Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién. Espos(a) Otro: _____

CUENTA 2

| | |
|---|-------------------------------|
| Número de cuenta de banco | Nombres en la cuenta de banco |
| Nombre y dirección del banco o compañía | Valor \$ |

Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién. Espos(a) Otro: _____

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

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

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

CUENTA 1

| | |
|---|-------------------------------|
| Número de cuenta de banco | Nombres en la cuenta de banco |
| Nombre y dirección del banco o compañía | Valor \$ |

Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién. Espos(a) Otro: _____
Si esta cuenta es una anualidad, ¿es el estado de Texas el beneficiario nudo? Sí No

CUENTA 2

| | |
|---|-------------------------------|
| Número de cuenta de banco | Nombres en la cuenta de banco |
| Nombre y dirección del banco o compañía | Valor \$ |

Si es dueño de este artículo con alguien más, díganos quién. Espos(a) Otro: _____
Si esta cuenta es una anualidad, ¿es el estado de Texas el beneficiario nudo? Sí No

Número de Seguro Social:

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|
| | | | - | | | - | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|

Sección F

Cosas por las que paga o de las que es dueño

(continuación)

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

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

Si contesta sí:

ARTÍCULO 1

_____ \$ _____

Dirección o localización **Cantidad del terreno** **Valor actual**

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

ARTÍCULO 2

_____ \$ _____

Dirección o localización **Cantidad del terreno** **Valor actual**

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

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

Si contesta sí:

ARTÍCULO 1

_____ \$ _____

Dirección o localización **Cantidad del terreno** **Valor actual**

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

ARTÍCULO 2

_____ \$ _____

Dirección o localización **Cantidad del terreno** **Valor actual**

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

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

Si contesta sí:

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

19. ¿Tiene equipo de trabajo? Sí No

Si contesta sí:

| | | | |
|------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|
| _____ | \$ _____ | _____ | \$ _____ |
| Tipo de equipo: | Valor actual | Tipo de equipo: | Valor actual |

Número de Seguro Social:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|
| | | | - | | | - | | | |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|

Sección F

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

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

Ejemplos:

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

Si contesta sí:

Tipo de dinero o beneficios

\$

Cantidad que le debían

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

Si contesta sí:

Artículo

\$

Valor actual

Artículo

\$

Valor actual

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

Si contesta sí:

ARTÍCULO 1

Artículo

\$

Valor actual

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

ARTÍCULO 2

Artículo

\$

Valor actual

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

Sección G

Dinero o propiedades que vendió, intercambió o regaló

Dinero o propiedades que vendió, intercambió o regaló

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

Si contesta sí, por favor explique:

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

Si contesta sí, por favor explique:

Número de Seguro Social:

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

Sección H

Dinero que recibe en el hogar (Ingreso)

Dinero que podría recibir de otros programas

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

Si contesta sí, marque los programas abajo:

- Seguro Social
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Beneficios de veterano
- Otros beneficios

Dinero de trabajos

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

Si contesta sí, dé los datos abajo:

| | | | | | |
|------------------|--|-----------|--|--|---|
| TRABAJO 1 | <input style="width: 100%;" type="text"/> Horas que trabajó | \$ | <input style="width: 100%;" type="text"/> Cantidad que le pagaron | Antes de quitar impuestos y otras deducciones. | <p>¿Trabaja todavía con este lugar o persona? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>¿Está ausente con paga de este trabajo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>¿Cada cuánto le pagan?</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> |
| | <input style="width: 100%;" type="text"/> Fecha en que empezó | | <input style="width: 100%;" type="text"/> Última fecha en que le pagaron (mes/año) | | |
| | ¿Trabajó por su cuenta? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | | | |
| | <input style="width: 100%;" type="text"/> Si contesta no, mencione la persona o lugar que le pagó el dinero. | | | | |
| TRABAJO 2 | <input style="width: 100%;" type="text"/> Horas que trabajó | \$ | <input style="width: 100%;" type="text"/> Cantidad que le pagaron | Antes de quitar impuestos y otras deducciones. | <p>¿Trabaja todavía con este lugar o persona? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>¿Está ausente con paga de este trabajo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>¿Cada cuánto le pagan?</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> |
| | <input style="width: 100%;" type="text"/> Fecha en que empezó | | <input style="width: 100%;" type="text"/> Última fecha en que le pagaron (mes/año) | | |
| | ¿Trabajó por su cuenta? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | | | |
| | <input style="width: 100%;" type="text"/> Si contesta no, mencione la persona o lugar que le pagó el dinero. | | | | |
| TRABAJO 3 | <input style="width: 100%;" type="text"/> Horas que trabajó | \$ | <input style="width: 100%;" type="text"/> Cantidad que le pagaron | Antes de quitar impuestos y otras deducciones. | <p>¿Trabaja todavía con este lugar o persona? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>¿Está ausente con paga de este trabajo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>¿Cada cuánto le pagan?</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> |
| | <input style="width: 100%;" type="text"/> Fecha en que empezó | | <input style="width: 100%;" type="text"/> Última fecha en que le pagaron (mes/año) | | |
| | ¿Trabajó por su cuenta? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | | | |
| | <input style="width: 100%;" type="text"/> Si contesta no, mencione la persona o lugar que le pagó el dinero. | | | | |

Número de Seguro Social:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|--|--|--|--|
| | | | - | | - | | | | |
|--|--|--|---|--|---|--|--|--|--|

Sección H

Dinero que recibe en el hogar (continuación)

Otro dinero

Dé los datos sobre otro dinero que recibe.

1. ¿Recibe beneficios de Seguro Social? Sí No

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

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

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

3. ¿Recibe beneficios de veterano? Sí No

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

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

4. ¿Sirvieron en las fuerzas armadas usted, esposo(a), padre o madre, hijo(a) que ya murió? Sí No

Si contesta sí, díganos sobre la persona que sirvió en las fuerzas armadas. Usaremos estos datos para saber si puede recibir beneficios de veterano.

Nombre

Número de servicio militar

Fecha en que empezó el servicio

Fecha en que terminó el servicio

5. ¿Recibe beneficios de jubilación ferroviaria? Sí No

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

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

_____ \$ _____

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

Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?

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

_____ \$ _____

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

Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?

Número de Seguro Social:

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
| | | | - | | | - | | | | |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

Sección H

Dinero que recibe en el hogar

(continuación)

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

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

\$ _____

Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe cada mes?

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

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

\$ _____

Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?

Si contesta sí, ¿cada cuánto lo recibe?

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

\$ _____

Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?

Si contesta sí, ¿cada cuánto lo recibe?

11. ¿Le paga alguien renta? Sí No

\$ _____

Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?

Si contesta sí, ¿cada cuánto lo recibe?

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

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

\$ _____

Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?

Si contesta sí, ¿cada cuánto lo recibe?

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

\$ _____

Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?

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

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

Si contesta sí, ¿qué tipo de dinero recibe?

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

\$ _____

Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe?

Número de Seguro Social:

____-____-____

Sección I

Gastos médicos



Ahorre tiempo

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

Facturas médicas de los pasados 3 meses

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

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

Si contesta sí, dé los datos abajo:

Tipo de cuenta: Doctor Hospital Medicinas Otro

\$

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 recibe (ingreso) y las cosas por las que paga o de las que es dueño (bienes) durante esos 3 meses.

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

Sección J

Inscripción para votar

(opcional)

Inscripción para votar

Llenar la solicitud del registro para votar o negarse a inscribirse no afectará la cantidad de asistencia que este departamento le dará.

Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le interesa llenar hoy mismo la solicitud del registro para votar?..... Sí No

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, ESO SIGNIFICARÍA QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

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

Usted decide si necesita o quiere aceptar la ayuda. Puede llenar la solicitud en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o negarse a inscribirse para votar, o con su derecho de escoger un partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja en Elections Division, Secretary of State, PO Box 12060, Austin, TX 78711. Número de teléfono: 1-800-252-8683.

Sólo para uso de la agencia:

**Voter
Registration
Status**

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

_____ Agency staff signature

Número de Seguro Social:

-

Solicitud de beneficios
Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas

H1200-MBI
4/2015
Página 14

Aviso:

Podría tener que pagar por los servicios que reciba con su propiedad.

Programa de Recuperación de Medicaid:

Si recibe ciertos servicios a largo plazo y de apoyo de Medicaid, el estado de Texas tiene el derecho de pedirle que pague por estos servicios con su propiedad después que usted muera. En algunos casos, el estado podría pedirle que no pague nada. El estado nunca le pedirá más dinero del que pagó por los servicios que recibió.

El estado podría pedirle que pague por estos servicios con su propiedad sólo si:

(1) la primera vez que solicitó para ciertos servicios a largo plazo y de apoyo de Medicaid fue en o después del 1 de marzo de 2005, y

(2) tenía 55 años de edad o era mayor cuando recibió los servicios.

Para más información llame al 1-800-458-9858.

Al firmar a continuación, acepto:

Usted...

1. Incluyó los "documentos que necesitamos" que se mencionan en la página C.

2. Escribió la fecha y firmó esta página.



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

Mis respuestas son verdaderas: Certifico bajo pena de perjurio que la información que doy en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Si no lo es, se me puede enjuiciar penalmente. Firme abajo para mostrar que acepta:

Persona que solicita beneficios:

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Firme aquí | Fecha |

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

| | | | |
|---|----------------------|---|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Firme aquí (Tiene que mostrar prueba de este derecho) | Fecha | Firme aquí (Tiene que mostrar prueba de este derecho) | Fecha |

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

| | |
|--------------------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Firme aquí | Fecha |
| <input type="text"/> | |
| Nombre del testigo en letra de molde | |



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

Número de Seguro Social:

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

Solicitud de beneficios
Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas

H1200-MBI
4/2015
Página 16