



**HAMILTON
HEALTHCARE
SYSTEM**

Hamilton Healthcare System ha contratado a Cadre Health para ayudarlo a solicitar asistencia médica para pagar sus facturas médicas.

- Responda las 7 preguntas siguientes.
- Firme los dos formularios de Medicaid para ayudar con los programas de Medicaid.
- Si califica para Medicaid o el Programa para Indigentes del Condado, un representante se comunicara con usted dentro de las 24 a 48 horas.

* Los programas de asistencia financiera A, B o C de Hamilton Hospital y Hospital Indigent son el último recurso. Cadre Health debe evaluarlo antes de la aceptación.

¿Quién puede calificar?

- Niños de 18 años o menos.
- Una mujer embarazada de cualquier edad puede solicitar Medicaid para su hijo por nacer.
- Un residente de Texas.
- Ciudadano estadounidense o residente legal permanente.

Medicaid de Emergencia

No inmigrantes, indocumentados extranjeros, y ciertos residentes permanentes legales pueden calificar para la cobertura de Medicaid de emergencia, si todos los demás requisitos de elegibilidad se cumplen, a excepción de la condición de extranjero.

Family members (adults plus children)	MEDICAID		CHIP	
	Monthly family income*	Yearly family income*	Monthly family income*	Yearly family income*
1**	\$1,415	\$16,971	\$2,138	\$25,648
2	\$1,931	\$23,169	\$2,918	\$35,015
3	\$2,408	\$28,888	\$3,639	\$43,658
4	\$2,904	\$34,846	\$4,389	\$52,662
5	\$3,401	\$40,805	\$5,139	\$61,667
6	\$3,897	\$46,763	\$5,890	\$70,672
7	\$4,394	\$52,722	\$6,640	\$79,677
8	\$4,890	\$58,680	\$7,391	\$88,682

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si califica para Medicaid y cualquier otro programa de asistencia que pueda ayudarlo con sus facturas médicas y otros gastos. Responda todas las preguntas.

Nombre Completo: _____

Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Mejor Número de Teléfono: _____

*** 1. Sexo al nacer?**

- Hombre
 Mujer

*** 2. Estado civil?**

- Soltera
 Casada
 Divorciada
 Separado

*** 3. ¿Está registrado como nativo americano o nativo de Alaska?**

- Sí
 No

*** 4. ¿Eres un veterano?**

- Sí
 No

*** 5. ¿Tiene hijos dependientes menores de 19 años que residan en el hogar con usted a tiempo completo?**

- 1
 2
 3
 4
 5 o más

*** 6. ¿Cuántos personas hay en tu casa?**

- 1
 2
 3
 4
 5 o más

*** 7. ¿Cual es su ingreso mensual?**

\$ _____



Registro para votar

Llenar la solicitud del registro para votar o negarse a registrarse no afectará la cantidad de asistencia que esta agencia le dará.

Si no está registrado 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 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 de registrarse o negarse a registrarse 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. Teléfono: 1-800-252-8683.

Agency Use Only: Voter Registration Status/Sólo para uso de la agencia

Already registered Client Declined Agency transmitted Client to Mail Mailed to Client Other

Agency staff signature: _____

PASO 5 Lea y firme esta solicitud

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo cual significa que he dado respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario a mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si doy información falsa o no cierta.
- Sé que tengo que avisar a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas si algo cambia (y es diferente a) lo que escribí en esta solicitud. Para avisar sobre cambios, puedo ir a YourTexasBenefits.com o llamar al 2-1-1 o al 1-877-541-7905. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de los miembros de mi hogar.
- Sé que bajo la ley federal, no está permitida la discriminación por raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Confirmando que nadie en esta solicitud de seguro médico está encarcelado (detenido o en prisión). Si no, _____ está encarcelado.

(nombre de la persona)

Necesitamos esta información para comprobar su elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica si usted decide llenar la solicitud. Revisaremos sus respuestas usando la información en nuestras bases de datos electrónicas y las del Servicio de Impuestos Internos (IRS), del Seguro Social, de la Oficina de la Seguridad del Territorio Nacional o de una agencia de informes de consumidores. Si la información no concuerda, quizás le pidamos que nos envíe pruebas.

Renovación de la cobertura en años futuros

Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica en años futuros, acepto permitir que la agencia use datos de ingresos, entre ellos, información de las declaraciones de impuestos. La agencia me enviará un aviso, permitirá que haga cambios, y puedo decidir no participar en cualquier momento.

Si, renueve mi elegibilidad automáticamente por los próximos

5 años (el máximo permitido), o por menos años: 4 años 3 años 2 años 1 año

No use la información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura

Si alguien en esta solicitud puede recibir beneficios de Medicaid

- Doy a la HHSC los derechos de buscar y recibir dinero de otros seguros médicos, acuerdos legales u otros terceros. También doy a la HHSC los derechos de buscar y recibir manutención médica.
- ¿Vive fuera del hogar el padre o madre de algún niño que se menciona en esta solicitud? Sí No
- Si contesto "Sí", reconozco que se me pedirá que coopere con la agencia que cobra la manutención médica al padre ausente. Si creo que esta cooperación puede perjudicarme a mí o a mis hijos, puedo avisar a la HHSC y tal vez no tenga que cooperar.

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>

Mi derecho de apelación

Si creo que la HHSC cometió un error, puedo apelar la decisión. Apelar significa decirle a alguien en la HHSC que creo que la acción es errónea y pedir una revisión imparcial de la acción. Sé que puedo averiguar cómo apelar comunicándome con la HHSC al 2-1-1 o al 1-877-541-7905 (después de escoger un idioma, oprima el 2). Sé que alguien que no sea yo mismo me puede representar en el proceso. Se me explicará mi elegibilidad y otra información importante.

Firme esta solicitud

La persona que llenó el Paso 1 debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí, siempre y cuando usted haya dado la información exigida en el Apéndice C.

Firma

X

Fecha (mes/día/año)



← PLEASE AND TEAR AT PERFORATION →



Autorización para usar y divulgar información médica

Sección I.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Núm. de Medicaid (si se sabe): _____ O Núm. del Seguro Social: _____

Al firmar esta autorización, está dando su permiso al sistema de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHS) para divulgar, parcial o totalmente, su expediente de reclamaciones de Medicaid, que contienen información médica.

Sección II. El beneficiario debe llenar esta sección

Autorizo al HHS a divulgar la información indicada al final de la Parte A a la persona o departamento nombrados en la Parte A para los fines señalados en la Parte B. Mi información seguirá estando a disposición de la persona o departamento indicados hasta la fecha de vencimiento indicada en la Parte B.

Parte A. Divulgación de información:

Entiendo que mis reclamaciones de Medicaid contienen información médica protegida.

Marque una de las siguientes opciones:

- Divulgue **todo** mi expediente de reclamaciones de Medicaid.
- Divulgue **solo** las reclamaciones relacionadas con el accidente o la lesión.
- Divulgue **solo** la parte de mi expediente de reclamaciones de Medicaid relacionada con:

• El siguiente proveedor de atención médica: _____

• Otro (describa en detalle la información médica que el HHS está autorizado a divulgar):

Estado de la solicitud de Medicaid.

Divulgue mi información a la siguiente persona o departamento: Cadre Health

Parte B. Propósito de la divulgación: Asistencia con la aprobación de Medicaid.

Esta autorización vence a los seis meses de tomarse la decisión final sobre la reclamación o al recibir los fondos de Medicaid.

**SIGN
HERE**

Parte C. Firma: _____ Fecha: _____
(Firma de la persona o su representante)

Si usted firma a nombre del beneficiario, describa la autoridad con la que actúa en su nombre en la siguiente línea:

Nota: Si la persona que pide la divulgación del expediente de reclamaciones de Medicaid no puede firmar su propio nombre, debe poner una marca (X) ante un testigo, que debe firmar a continuación.

Testigo: _____ Fecha: _____

Sección III. Avisos para el beneficiario

- Una vez usted haya autorizado al HHS para divulgar su información, el HHS no se hace responsable de ninguna divulgación que haga el receptor de la misma.
- Puede retirar la autorización que le ha dado al HHS para usar o divulgar información médica que lo identifica a usted, a menos que el HHS ya haya actuado con su permiso. Tiene que retirar su permiso por escrito.
- Con algunas excepciones, usted tiene derecho a conocer la información que divulga el HHS. Si desea recibir y estudiar la información, tiene derecho a solicitarla. También tiene derecho a pedir que el HHS corrija cualquier información incorrecta (Código Gubernamental, Secciones 552.021, 552.023, 559.004). Si desea que el HHS corrija los datos incorrectos sobre usted, comuníquese con la Oficina de Privacidad de la HHSC en HHSC Privacy Office, 4900 N. Lamar Blvd., 4th Floor, Austin, Texas 78751.