

## Solicitud de Medicaid para el Programa de Salud de la Mujer

El Programa de Salud de la Mujer proporciona un examen anual, pruebas de detección de salud y anticonceptivos para 12 meses.

Por favor, llene la siguiente información para la MUJER que está solicitando los beneficios.

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Apellido de soltera de la solicitante		<b>Solo para uso del departamento</b> Date Received	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social	Apellido de soltera de la madre de la solicitante			
Dirección – calle		Ciudad	Código postal		Condado

Llénelo si es diferente de su domicilio o si tiene otra dirección que prefiere utilizar para recibir cartas con información confidencial:

Dirección postal – calle		Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Por favor, proporcione un número telefónico desde el cual pueda hablar sobre información confidencial. Clave del área y Núm. telefónico		Núm. de licencia de manejar o de identificación	¿En qué condado y estado nació?		Grupo étnico (opcional) <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispanic

Raza (opcional)

Indio americano o nativo de Alaska     Afroamericano     Blanco     Asiático     Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico     No se sabe

¿Es usted ciudadano estadounidense?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si contesta "Sí", dé pruebas)	¿Está embarazada? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted extranjero legal? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si contesta "Sí", dé pruebas)	¿Es estéril, infértil o no puede quedar embarazada por razones médicas? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguien en su unidad familiar recibe WIC en este momento? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si contesta "Sí", dé pruebas)	

¿Tiene seguro médico que cubre los servicios de planificación familiar?.....  Sí     No

- Si contesta "Sí", ¿el presentar un reclamo a su seguro médico ocasionará daño físico, emocional o de otro tipo por parte de su cónyuge, sus padres u otra persona? .....  Sí     No
  - Si contesta "Sí", explique su situación a continuación. Si es necesario, anexe páginas adicionales e incluya su nombre y Número de Seguro Social.

¿Tiene CHIP o Medicare Parte A o B?     Sí     No

Llene la información a continuación para todas las personas de la unidad familiar. NO vuelva a escribir la información de la mujer mencionada anteriormente. Anexe páginas adicionales si en su casa viven más de cuatro personas adicionales. (\*Vea la página 2 para más información).

Nombre (apellido, nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social*	Sexo*	Raza*	Relación con la solicitante

Escriba aquí todos los ingresos de la unidad familiar. Asegúrese de incluir el dinero que reciba por capacitación o trabajo; efectivo, regalos, préstamos o contribuciones de los padres, familiares o demás; la manutención de niños, y cheques de desempleo o del gobierno. Favor de proporcionar comprobante del dinero que recibió cada persona.

Nombre de la persona que recibe el dinero o los ingresos	Nombre del empleador, la persona o el departamento que proporciona el dinero o los ingresos	¿Con qué frecuencia recibe el dinero o los ingresos? (semanalmente, cada dos semanas, cada quincena, cada mes)	Cantidad recibida

Escriba todos los gastos de la unidad familiar de cuidado de niños, cuidado de adultos discapacitados dependientes, pensión alimenticia, manutención de niños ordenada por la corte o el costo del transporte de ida y vuelta a la guardería. Favor de proporcionar comprobantes del dinero que paga por estos gastos para recibir esta deducción.

¿Cuánto paga?	¿Con qué frecuencia paga? (semanalmente, cada dos semanas, cada quincena, cada mes)	Nombre, dirección y número telefónico de la persona a la que le paga

La información que nos dé relacionada con esta solicitud está sujeta a verificación por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) y otros departamentos estatales y federales. Su firma indica que acepta que se use la información de esta solicitud para determinar su elegibilidad para el Programa de Salud de la Mujer que administra la HHSC.

"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, puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal. Entiendo que esta solicitud no es para cobertura completa de Medicaid. Sin embargo, entiendo que quizás llene los requisitos para otros servicios de Medicaid y que puedo solicitarlos en cualquier momento".

_____	_____	_____	_____
Firma de la solicitante	Fecha en que se firmó	Firma del testigo (Necesaria si la solicitante firmó con una "X")	Fecha en que se firmó

**Ciudadanía.** Para mostrar pruebas de ciudadanía estadounidense, puede enviar copias de un pasaporte estadounidense, un certificado de naturalización o un certificado de ciudadanía estadounidense. Si no tiene ninguno de esos documentos, puede proporcionar copias de un acta de nacimiento y licencia de manejar vigente con fotografía o una tarjeta de identificación con fotografía. Para los niños nacidos en Texas, la HHSC quizás pueda obtener electrónicamente el acta de nacimiento y usted no tendrá que presentarla. Llame al 2-11 para más información sobre qué otros documentos se aceptan como prueba de ciudadanía. No tiene que proporcionar información sobre la ciudadanía de ningún miembro de la unidad familiar que no está solicitando beneficios.

**Inmigración.** Los documentos que se pueden utilizar para demostrar la calidad de inmigrante son, entre otros, la tarjeta de registro de extranjero o documentación de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (antes INS). No tiene que proporcionar información sobre la calidad de inmigrante de ningún miembro de la unidad familiar que no está solicitando beneficios. Puede solicitar y recibir beneficios para los miembros de la familia que llenen los requisitos, aunque otros miembros de su familia no llenen los requisitos debido a su calidad de inmigrante. Si usted o algún miembro de su familia recibe beneficios de Medicaid, del Children's Health Insurance Program (CHIP) o de estampillas para comida, no afectará su calidad de inmigrante ni su capacidad de obtener la tarjeta verde. Si usted o algún miembro de su familia reciben atención institucional a largo plazo, como una casa para convalecientes, su calidad de inmigrante podría verse afectada. Antes de solicitar beneficios, hable con alguna agencia que contesta las preguntas legales de inmigrantes. Los refugiados y las personas a quienes se les da asilo pueden recibir cualquier beneficio, incluida la asistencia económica, sin que afecte su habilidad de obtener la tarjeta verde o la ciudadanía estadounidense.

**Números de Seguro Social.** Se le pedirá que dé el Número de Seguro Social (SSN) de todas las personas (inclusive el suyo) para quienes quiere asistencia. Si alguna de estas personas no tiene un SSN, le podemos ayudar a solicitarlo. Antes de recibir beneficios, debe proporcionar o solicitar un SSN. Es posible que cualquier persona que no quiera solicitar o proporcionar un SSN, no llene los requisitos. La autoridad que rige sobre estos requisitos es la siguiente: para estampillas para comida, 7 CFR §273.6; para TANF, 45 CFR §205.52, y para asistencia médica, 42 CFR §435.910. No le daremos su SSN a la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (antes el INS). No tiene que proporcionar los SSN de los miembros de la familia que no llenen los requisitos debido a su calidad de inmigrante y que no estén solicitando beneficios. El SSN se usa para verificar la elegibilidad, para hacer búsquedas por medio de computadora en otros departamentos (como la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos y las compañías de informes de crédito) y de otras fuentes, y para recuperar los beneficios para los que no llenaba los requisitos. Es posible que también demos su SSN a la compañía de teléfono y de luz para ayudarles a determinar si usted llena los requisitos para una reducción en sus cuentas o a otras personas para ayudarle a usted a recibir beneficios según su necesidad.

**Raza, origen étnico y sexo.** Se le pedirá información sobre la raza, el origen étnico y el sexo de usted y de todas las personas para las que quiere ayuda. Esta información es voluntaria y se usa para asegurar que los beneficios se den sin distinción de raza, color u origen nacional. No afectará su elegibilidad ni la cantidad de los beneficios.

**Discriminación.** De acuerdo con la ley federal y con las normas del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Estados Unidos, esta institución tiene prohibida la discriminación por raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Según las normas de la Ley de Estampillas para Comida y del USDA, también se prohíbe la discriminación por religión o creencias políticas. Si cree que lo han discriminado, puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC: por escrito a HHSC, Director, HHSC Civil Rights Office, 701 W. 51<sup>st</sup> St., Suite 104, MC W-206, Austin, TX, 78751; por teléfono al 1-888-388-6332 (voz) o al 1-512-438-2960 (TDD), o por fax al 1-512-438-5885. También puede presentar una queja comunicándose con la USDA o con la HHS. Escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Ave., S.W., Washington, D.C. 20250-9410 ó llame al 1-800-795-3272 (voz) o al 1-202-720-6382 (TTY). Escriba a HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ó llame al 1-202-619-0403 (voz) o al 1-202-619-3257 (TTY). La USDA y la HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

**WIC.** Los documentos que aceptamos como prueba de que recibe WIC son, entre otros: carta de Verificación de Certificación de WIC o cupón activo de WIC o Lista de compras de EBT.

**Ingresos de la unidad familiar.** Los documentos que aceptamos como prueba de ingresos o dinero recibido por la unidad familiar son, entre otros: talones de cheque de paga; copias de cheques; una declaración del empleador; constancia de trabajo por su cuenta; declaración de la persona que proporciona el dinero y que incluya el nombre, la dirección, el número telefónico, la firma de la persona y la fecha.

**Gastos de la unidad familiar.** Los documentos que aceptamos como prueba de los gastos de la unidad familiar son, entre otros: copias de cheques; talones de cheques; declaración de la persona a la que le paga con el nombre, la dirección, el número telefónico, la firma de la persona y la fecha, al igual que cuándo y con qué frecuencia le paga; copia del expediente del secretario judicial.

**Preguntas.** Llámenos gratis al 2-11 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Hora central.

**Solo para uso del proveedor:**

Did the applicant complete all questions, and sign and date the form?.....	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Proof of U.S. citizenship/immigration status .....	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Identification .....	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Current proof of all household income (within last 60 days).....	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Is the applicant at least 18 through 44 years of age?.....	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Does the applicant or anyone in the household have verification of Children's Medicaid or WIC?.....	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

**Copy all verification documents and fax them with the front page of this application to 1-866-993-9971.**