



Sección H

Personas que solicitan beneficios

Marque los beneficios que la Persona 2 solicita:

Beneficios de comida del SNAP

Ayuda de dinero en efectivo para familias de TANF:

- TANF
- Pago Único de TANF
- Pago Único de TANF para Abuelos

Medicaid o CHIP para:

- Niños
- Un adulto que cuida a un niño
- Un adulto que no cuida a un niño
- Mujeres embarazadas

Si solicita beneficios de Medicaid o CHIP:

También tiene que llenar la solicitud adjunta: "¿Solicita o está renovando beneficios de Medicaid o CHIP?"

Marque los beneficios que la Persona 3 solicita:

Beneficios de comida del SNAP

Ayuda de dinero en efectivo para familias de TANF:

- TANF
- Pago Único de TANF
- Pago Único de TANF para Abuelos

Medicaid o CHIP para:

- Niños
- Un adulto que cuida a un niño
- Un adulto que no cuida a un niño
- Mujeres embarazadas

Persona 2: adulto o niño que solicita beneficios, esposo(a) de la persona que solicita beneficios o padre o madre que vive con un niño que solicita beneficios

Nombre				Segundo nombre				Apellido			
Número de Seguro Social				Fecha de nacimiento (mes/día/año)							
Relación de esta persona con usted				Si la persona recibe dinero del Seguro Social o jubilación de ferrocarril, escriba el número aquí:				Número de reclamación de Seguro Social			
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo				Preguntas opcionales				<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hispano o latino Marque uno o más: <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco			
¿Vive en Texas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Piensa quedarse en Texas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Va a la escuela esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Si contesta "Sí", ¿va esta persona a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Es esta persona ciudadana de EE. UU.? Si no lo es, dé los datos a continuación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
¿Es esta persona un refugiado o inmigrante admitido legalmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
Si esta persona tiene un patrocinador, escriba el nombre del patrocinador.				Fecha en que la persona entró a EE. UU. (mes/día/año)							
¿Está la persona registrada con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Número de registro de inmigrante							

Persona 3: adulto o niño que solicita beneficios, esposo(a) de la persona que solicita beneficios o padre o madre que vive con un niño que solicita beneficios

Nombre				Segundo nombre				Apellido			
Número de Seguro Social				Fecha de nacimiento (mes/día/año)							
Relación de esta persona con usted				Si la persona recibe dinero del Seguro Social o jubilación de ferrocarril, escriba el número aquí:				Número de reclamación de Seguro Social			
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo				Preguntas opcionales				<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hispano o latino Marque uno o más: <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco			
¿Vive en Texas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Piensa quedarse en Texas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Va a la escuela esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Si contesta "Sí", ¿va esta persona a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Es esta persona ciudadana de EE. UU.? Si no lo es, dé los datos a continuación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
¿Es esta persona un refugiado o inmigrante admitido legalmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
Si esta persona tiene un patrocinador, escriba el nombre del patrocinador.				Fecha en que la persona entró a EE. UU. (mes/día/año)							
¿Está la persona registrada con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Número de registro de inmigrante							



Sección I

Más datos sobre los niños de 18 años o menos

Esta sección es sólo para niños que solicitan beneficios de TANF.



Consejo para ahorrar tiempo

Sólo tiene que dar los datos de cada padre y madre una vez.

Si un niño tiene los mismos padres que otro niño, puede escribir algo como "igual que el niño 1" donde pide el nombre del padre.

¿Teme que dar datos sobre el padre o madre del niño pueda ponerlos a usted y los niños en peligro?

Si tiene miedo, probablemente no tenga que ayudar o cooperar con la Procuraduría General para que cobren la manutención de niños o la manutención médica. Para no tener que dar estos datos:

- Dígale a su consejero de beneficios (o representante designado) las razones por las cuales esto podría ponerlos a usted o a los niños en peligro.
- Firme la Solicitud de motivo justificado. (Su consejero de beneficios tiene esta hoja).

Nombre del niño 1:					
PADRE	Nombre y apellido del padre	Fecha de nacimiento del padre (mes/día/año)			
	Número de Seguro Social del padre	Teléfono del padre			
	Dirección postal del padre	Ciudad	Estado	Código postal	
	El padre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió	Empleador			
MADRE	Nombre y apellido de la madre	Apellido de soltera de la madre			
	Número de Seguro Social de la madre	Fecha de nacimiento de la madre (mes/día/año)			
	Dirección postal de la madre	Ciudad	Estado	Código Postal	
	Teléfono de la madre	Empleador			
La madre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió					
¿Estuvieron casados los padres del niño? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
Nombre del niño 2:					
PADRE	Nombre y apellido del padre	Fecha de nacimiento del padre (mes/día/año)			
	Número de Seguro Social del padre	Teléfono del padre			
	Dirección postal del padre	Ciudad	Estado	Código postal	
	El padre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió	Empleador			
MADRE	Nombre y apellido de la madre	Apellido de soltera de la madre			
	Número de Seguro Social de la madre	Fecha de nacimiento de la madre (mes/día/año)			
	Dirección postal de la madre	Ciudad	Estado	Código Postal	
	Teléfono de la madre	Empleador			
La madre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió					
¿Estuvieron casados los padres del niño? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					



Sección I

Más datos sobre los niños de 18 años o menos (continuación)

Nombre del niño 3:					
PADRE	Nombre y apellido del padre	Fecha de nacimiento del padre (mes/día/año)			
	Número de Seguro Social del padre	Teléfono del padre			
	Dirección postal del padre	Ciudad	Estado	Código postal	
	El padre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió	Empleador			
MADRE	Nombre y apellido de la madre	Apellido de soltera de la madre			
	Número de Seguro Social de la madre	Fecha de nacimiento de la madre (mes/día/año)			
	Dirección postal de la madre	Ciudad	Estado	Código Postal	
	Teléfono de la madre	Empleador			
La madre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió					
¿Estuvieron casados los padres del niño? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
Nombre del niño 4:					
PADRE	Nombre y apellido del padre	Fecha de nacimiento del padre (mes/día/año)			
	Número de Seguro Social del padre	Teléfono del padre			
	Dirección postal del padre	Ciudad	Estado	Código postal	
	El padre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió	Empleador			
MADRE	Nombre y apellido de la madre	Apellido de soltera de la madre			
	Número de Seguro Social de la madre	Fecha de nacimiento de la madre (mes/día/año)			
	Dirección postal de la madre	Ciudad	Estado	Código Postal	
	Teléfono de la madre	Empleador			
La madre: <input type="radio"/> Vive en la casa <input type="radio"/> No vive en la casa <input type="radio"/> Murió					
¿Estuvieron casados los padres del niño? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					

Si hay más de 4 niños de 18 años o menos, añada más hojas con los mismos datos.



Sección J

Otras personas en la casa

Otras personas en la casa

Estas personas viven en mi casa, pero no quieren solicitar beneficios.

(Los padres que viven con un niño de 18 años o menos que está solicitando beneficios o el/la esposo(a) de una persona que está solicitando beneficios no deben mencionarse aquí; deben llenar la Sección H).

Escriba la fecha de nacimiento sólo si la persona es pariente suyo.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento (si es un pariente)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento (si es un pariente)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento (si es un pariente)

Sección K

Otros datos

Otros datos

1. ¿Tiene alguien una discapacidad? Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién?

2. ¿Recibe alguien ayuda de dinero en efectivo, comida o beneficios de atención médica de otro estado? Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién? ¿De cuál estado? ¿Cuándo fue la última vez que la persona recibió beneficios?

3. ¿Ha sido alguien: (1) acusado formalmente o declarado culpable de un delito mayor y está huyendo de la policía o (2) violó alguna de las reglas de su libertad condicional o vigilada? Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién?

4. ¿Ha sido alguien declarado culpable de un delito mayor por una conducta que: (1) sucedió después del 22 de agosto de 1996 y (2) estaba relacionado con drogas? Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién?

5. ¿Vive alguien en un lugar de atención como...?
• Un refugio para personas sin hogar. • Un centro de tratamiento del abuso de drogas.
• Un refugio para mujeres maltratadas. • Un hogar en grupo. Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién?

6. Cuando las personas no cumplen las reglas del programa, a veces se les "descalifica" de recibir beneficios. A las personas descalificadas se les avisa por carta que no pueden recibir ayuda de dinero en efectivo de TANF o beneficios de comida del SNAP.

¿Está alguien que vive con usted descalificado para recibir ayuda de dinero en efectivo o beneficios de comida en algún lugar de EE. UU.? Sí No

Conteste las preguntas 3, 4, 5 y 6 sólo si alguien solicita ayuda de dinero en efectivo de TANF o beneficios de comida del SNAP.




Número de Seguro Social:



Sección L

Datos médicos (continuación)

Esta sección es sólo para personas que solicitan beneficios de TANF, Medicaid o CHIP.



Cuentas médicas de los últimos 3 meses

Si alguna de las personas de su caso no puede pagar las cuentas médicas, Medicaid podría pagarlas.

- Las cuentas tienen que ser por servicios que recibió en los últimos 3 meses.
- Usted tiene que presentar pruebas de cuánto dinero (ingresos) recibieron en los meses que la persona recibió servicios.

¿Tiene alguien que solicita beneficios cuentas médicas por servicios recibidos durante los últimos 3 meses? Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién? (nombre, segundo nombre, apellido)

Si contesta "Sí", ¿quién? (nombre, segundo nombre, apellido)

Sección M

Cosas por las que alguien paga o de las que es dueño

Siga con la próxima sección si sólo solicita beneficios de Medicaid o CHIP.

Si necesita más espacio, añada más hojas con los mismos datos.

Vehículos

¿Está pagando alguien o es dueño de...?

• un auto • una camioneta • una lancha • una motocicleta • otro Sí No
Si contesta "Sí", escriba los datos a continuación.

VEHÍCULO 1

Nombre del dueño (nombre, segundo nombre, apellido)

Marca/Modelo

Año

Nombre del codueño si también le pertenece a alguien fuera de la casa

Una persona con una discapacidad usa el vehículo.



Dinero que todavía se debe por el vehículo

VEHÍCULO 2

Nombre del dueño (nombre, segundo nombre, apellido)

Marca/Modelo

Año

Nombre del codueño si también le pertenece a alguien fuera de la casa

Una persona con una discapacidad usa el vehículo.



Dinero que todavía se debe por el vehículo

VEHÍCULO 3

Nombre del dueño (nombre, segundo nombre, apellido)

Marca/Modelo

Año

Nombre del codueño si también le pertenece a alguien fuera de la casa

Una persona con una discapacidad usa el vehículo.



Dinero que todavía se debe por el vehículo

Número de Seguro Social:

Form for Social Security Number input



Sección N

Ingresos de la casa (continuación)

Ingresos del trabajo o entrenamiento

En los últimos 3 meses, ¿recibió alguien dinero...? (a) por trabajar para otra persona (b) por entrenamiento o (c) por trabajar por su cuenta Sí No Si contesta "Sí", escriba los datos a continuación.

TRABAJO 1

Nombre de la persona que recibió el dinero Horas trabajadas Cantidad pagada antes de quitar impuestos y deducciones

Fecha de comienzo Fecha del último pago (mes/año)

¿Cada cuánto le pagan? por día cada semana cada 2 semanas dos veces al mes una vez al mes otro:

¿Todavía tiene esta persona el trabajo o está en entrenamiento? ¿Trabajaba esta persona por su cuenta? Si contesta "No", escriba el nombre de la persona o empresa que pagó el dinero.

TRABAJO 2

Nombre de la persona que recibió el dinero Horas trabajadas Cantidad pagada antes de quitar impuestos y deducciones

Fecha de comienzo Fecha del último pago (mes/año)

¿Cada cuánto le pagan? por día cada semana cada 2 semanas dos veces al mes una vez al mes otro:

¿Todavía tiene esta persona el trabajo o está en entrenamiento? ¿Trabajaba esta persona por su cuenta? Si contesta "No", escriba el nombre de la persona o empresa que pagó el dinero.

TRABAJO 3

Nombre de la persona que recibió el dinero Horas trabajadas Cantidad pagada antes de quitar impuestos y deducciones

Fecha de comienzo Fecha del último pago (mes/año)

¿Cada cuánto le pagan? por día cada semana cada 2 semanas dos veces al mes una vez al mes otro:

¿Todavía tiene esta persona el trabajo o está en entrenamiento? ¿Trabajaba esta persona por su cuenta? Si contesta "No", escriba el nombre de la persona o empresa que pagó el dinero.

Número de Seguro Social:

Form for Social Security Number input



Sección N

Ingresos de la casa (continuación)

Otro dinero

¿Recibe alguien, o espera recibir, uno de los siguientes tipos de ingresos? Sí No
Si contesta "Sí", marque los otros tipos de ingresos que alguien recibe o podría recibir pronto.

- Dinero en efectivo o regalos
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
Seguro Social
Beneficios de jubilación
Beneficios de veteranos
Manutención de niños
Pensiones
Pagos por sufrir una lesión en el trabajo (compensación para trabajadores)
Pagos por perder un trabajo (compensación por desempleo)
Pensión alimenticia
Intereses o dividendos
Pagos de seguros privados
Préstamos pagados a alguien en su caso
Pagos para ayudar con los servicios públicos
Agricultura o pesca (después de pagar los gastos)
Renta o regalías (después de pagar los gastos)
Otro

Si alguien recibe, o espera recibir, uno de estos tipos de dinero, escriba los datos a continuación.

TIPO DE DINERO 1

Form fields for Tipo de dinero, Cantidad que recibe, Fecha del último pago, Nombre de la persona que recibe el dinero, and Persona, empresa o agencia que paga el dinero. Includes a frequency selection box: ¿Cada cuánto le pagan?

TIPO DE DINERO 2

Form fields for Tipo de dinero, Cantidad que recibe, Fecha del último pago, Nombre de la persona que recibe el dinero, and Persona, empresa o agencia que paga el dinero. Includes a frequency selection box: ¿Cada cuánto le pagan?

TIPO DE DINERO 3

Form fields for Tipo de dinero, Cantidad que recibe, Fecha del último pago, Nombre de la persona que recibe el dinero, and Persona, empresa o agencia que paga el dinero. Includes a frequency selection box: ¿Cada cuánto le pagan?

TIPO DE DINERO 4

Form fields for Tipo de dinero, Cantidad que recibe, Fecha del último pago, Nombre de la persona que recibe el dinero, and Persona, empresa o agencia que paga el dinero. Includes a frequency selection box: ¿Cada cuánto le pagan?

Número de Seguro Social:

Number of Social Security digits input field



Sección 0

Gastos de vivienda

Esta sección es sólo para personas que solicitan beneficios de comida del SNAP.



Gastos de vivienda

1. ¿Paga alguien uno de los gastos a continuación por la casa en la que viven?
¿O por una casa adonde piensan regresar? Sí No

Si contesta "Sí", marque los gastos que tienen y escriba la cantidad:

- Renta o pago de la casa \$ _____
- Agua y drenaje \$ _____
- Teléfono \$ _____
- Electricidad \$ _____
- Seguro de la casa \$ _____
- Impuestos de la casa \$ _____
- Gas natural o propano \$ _____
- Otro \$ _____

2. Si paga renta, ¿cuál es el nombre y teléfono del dueño?

Nombre del dueño

Teléfono

3. ¿Ayuda otra persona que no vive en la casa a alguien de su caso con los gastos de vivienda? Sí No

Sección P

Gastos por el cuidado de otros

Gastos por el cuidado de otros

¿Tiene alguien gastos por el cuidado de otros? Sí No

Si contesta "Sí", escriba los datos a continuación.

EJEMPLOS

- Gastos de cuidado de niños para que alguien pueda trabajar, buscar trabajo, recibir entrenamiento o ir a la escuela.
- Gastos para personas con discapacidades o adultos que necesitan ayuda con su propio cuidado.
- Pagos de manutención de niños, cuentas médicas y seguro médico para un niño que no vive en su casa.
- Pagos de pensión alimenticia.

GASTO 1

Tipo de gasto

Nombre de la persona que recibe el cuidado o apoyo

¿Quién paga el gasto?

\$ _____

Cantidad pagada

____/____/____

Fecha del último pago

¿Cada cuánto se paga?

- por día
- cada semana
- cada 2 semanas
- dos veces al mes
- una vez al mes
- otro: _____

Persona o compañía que recibe el dinero (nombre, dirección y teléfono)

Manutención de niños ordenada por la corte: nombre del niño que la recibe (dé una copia de la orden)

GASTO 2

Tipo de gasto

Nombre de la persona que recibe el cuidado o apoyo

¿Quién paga el gasto?

\$ _____

Cantidad pagada

____/____/____

Fecha del último pago

¿Cada cuánto se paga?

- por día
- cada semana
- cada 2 semanas
- dos veces al mes
- una vez al mes
- otro: _____

Persona o compañía que recibe el dinero (nombre, dirección y teléfono)

Manutención de niños ordenada por la corte: nombre del niño que la recibe (dé una copia de la orden)

GASTO 3

Tipo de gasto

Nombre de la persona que recibe el cuidado o apoyo

¿Quién paga el gasto?

\$ _____

Cantidad pagada

____/____/____

Fecha del último pago

¿Cada cuánto se paga?

- por día
- cada semana
- cada 2 semanas
- dos veces al mes
- una vez al mes
- otro: _____

Persona o compañía que recibe el dinero (nombre, dirección y teléfono)

Manutención de niños ordenada por la corte: nombre del niño que la recibe (dé una copia de la orden)

Número de Seguro Social:

____-____-____



Sección Q

Gastos médicos

Esta sección es sólo para personas que solicitan beneficios de Medicaid, CHIP o beneficios de comida del SNAP.



Gastos médicos

¿Paga gastos médicos alguien de 60 años o más, o alguien con una discapacidad?..... Sí No

Si contesta "Sí", marque el tipo de gastos que paga: Doctor
 Hospital
 Medicamentos
 Seguro médico

Sección R

Personas que le ayudan

Personas que le ayudan

¿Le ayudó alguien a llenar esta solicitud?..... Sí No

Si contesta "Sí", díganos de esta persona:

Nombre

Relación u organización

Teléfono

Dirección

Sección S

Registro para votar (opcional)

Registro para votar

Llenar la solicitud del registro para votar o negarse a registrarse no afectará la cantidad de ayuda que esta agencia 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, SIGNIFICA QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. Si quiere ayuda para llenar la solicitud del registro para votar, podemos ayudarle. 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

Número de Seguro Social:



Sección T

Persona que puede actuar por usted

No olvide firmar la página 18.

Persona que tiene el derecho de actuar por usted

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

Esta persona puede:

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

¿Quiere que alguien tenga el derecho de actuar por usted, es decir, de ser su representante autorizado? Sí No

Si contesta "Sí", cuéntenos de esa persona (el representante autorizado) llenando el Apéndice C. Está incluido con esta solicitud.

Sección U

Información legal

Información legal

Su derecho de recibir un trato justo

Esta institución tiene prohibida la discriminación por raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y en algunos casos religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de EE. UU. también prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias, y donde aplique, creencias políticas, estado civil, situación familiar o parental, orientación sexual, o porque los ingresos de una persona provengan en su totalidad o en parte de algún programa de asistencia pública, o por información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las prohibiciones se aplicarán a todos los programas o actividades de empleo).

Si desea presentar una queja de Derechos Civiles por discriminación ante el USDA, llene la hoja *USDA Program Discrimination Complaint Form*, que encontrará en Internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para pedir la hoja. También puede escribir una carta que tenga toda la información solicitada en la hoja. Envíe la hoja de queja completamente llena o la carta por correo a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas que son sordas o que tienen una discapacidad de la audición o del habla pueden llamar al USDA por medio del Federal Relay Service al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (español).

Para cualquier otra información sobre temas relacionados con el Programa SNAP, las personas deben comunicarse con la Línea Directa del SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también atiende en español, o llamar a las *Líneas Directas de Información Estatales* (haga clic en el enlace para obtener una lista de las líneas directas por estado), que encontrará en Internet en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU., escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC de Texas. Escriba a: HHSC Office of Civil Rights, 701 W. 51st St., MCW206, Austin, Texas 78751. O llame gratis al 1-888-388-6332 o al 1-877-432-7232 (TTY).

El USDA y el HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

Ciudadanía y estado migratorio

Puede recibir beneficios para los niños que son ciudadanos de EE. UU. o inmigrantes legales aunque usted no sea ciudadano ni inmigrante legal. Usted no tiene que dar información sobre su ciudadanía o estado migratorio para recibir beneficios para sus niños. Sólo necesita dar la información sobre la ciudadanía o estado migratorio de las personas que solicitan beneficios. Si usted no es ciudadano de EE. UU. ni inmigrante legal, los únicos beneficios que podría recibir son los servicios de Medicaid de emergencia. Recibir atención a largo plazo (Medicaid para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades) o ayuda de dinero en efectivo (TANF) puede afectar su estado migratorio y la habilidad de obtener una tarjeta de residente permanente (tarjeta verde). Recibir otros beneficios no afectará su estado migratorio ni la habilidad de obtener una tarjeta de residente permanente. Antes de solicitar beneficios, le conviene hablar con alguna agencia que contesta las preguntas legales de inmigrantes. Los refugiados y las personas a quienes se les da asilo pueden recibir beneficios sin afectar su habilidad de obtener la tarjeta de residente permanente o la ciudadanía estadounidense.

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 dan un SSN o no solicitan uno, no podrán recibir beneficios. Si no tiene un SSN, podemos ayudarle a solicitar uno si usted es ciudadano de EE. UU. o inmigrante legal. Tiene que ser ciudadano de EE. UU. o inmigrante legal para recibir un SSN. Si los niños tienen un SSN, puede recibir beneficios para ellos aunque usted no tenga uno. No damos los SSN al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas. Usaremos los SSN para verificar cuánto dinero recibe (ingresos), si puede recibir beneficios y la cantidad de beneficios que puede recibir. (7 C.F.R. 273.6 para beneficios de comida; 45 C.F.R. 205.52 para TANF y 42 C.F.R. 435.910 para atención médica.)

Número de Seguro Social:

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

Solicitud de beneficios
Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas

H1010-S
1/2017
Página 16



Sección V

Declaración de entendimiento

Lea la Sección V antes de firmar la página 18.



Todos los programas de beneficios

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 personales con el Sistema federal de Verificación de Ingresos y de 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 verificarlo por medio del 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.
- A 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.

Ayuda de dinero en efectivo de TANF para familias

Manutención de niños o pensión alimenticia

Acepto:

- Dejar que el estado se quede con la manutención de niños o pensión alimenticia que se debe a cualquier persona mientras reciba beneficios de TANF.
- Dejar que el estado se quede con este dinero después de que terminen los beneficios de TANF, si la cantidad que alguien recibió todavía no se ha pagado.
- Avisar a la HHSC sobre cualquier dinero que alguien reciba.
- Cooperar con la HHSC para que obtenga este dinero; de no hacerlo, sería una violación de la ley.

El estado sólo se quedará con la cantidad permitida por la ley.

Si doy información falsa

Si decido no decir la verdad, podría:

- Ser acusado y castigado por cometer un delito. (Esto podría incluir ir a la cárcel hasta por 10 años o estar bajo supervisión comunitaria).
- Tener que pagar los beneficios que recibí.
- Jamás volver a recibir ayuda de TANF.



Beneficios de comida del SNAP

Decir la verdad

Cualquier persona que solicita o recibe beneficios del SNAP tiene que:

- Decir la verdad.
- No cambiar ni vender los beneficios del SNAP, la tarjeta Lone Star ni otros artículos que permiten que alguien reciba beneficios del SNAP.
- No usar ni tener tarjetas Lone Star ni otros artículos que no le pertenecen.

Una persona que decide no decir la verdad podría:

- No recibir beneficios del SNAP por un año o más.
- Recibir una multa de hasta \$250,000 o una sentencia de hasta 20 años de cárcel, o las dos.
- Perder el reembolso de impuestos.
- Ser acusado de otros delitos.
- Tener que pagar los beneficios que recibí.
- Jamás volver a recibir beneficios del SNAP.

Lo mismo le podría pasar a alguien que permite que otra persona use su tarjeta Lone Star.

Datos que alguien dice o le da a la HHSC

La HHSC usa los datos que recibe, incluso los números de Seguro Social, para:

- Verificar que esa persona puede recibir beneficios.
- Comparar los datos personales de esa persona con programas de comparaciones por computadora y compañías de informes de crédito.
- Asegurar que esa persona está cumpliendo con las reglas del programa de beneficios.
- Ayudar a otras agencias a verificar si la persona puede recibir otros beneficios.
- Recuperar los beneficios que la persona no debió haber recibido.
- Dar los datos de esa persona: (1) a otras agencias estatales y federales (por ejemplo, la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, la Administración del Seguro Social y el Servicio de Impuestos Internos); (2) a las autoridades policiales y judiciales para que puedan encontrar a personas que forman parte del caso de beneficios (el hogar) de esa persona y que se buscan por haber huido de la ley; y (3) a agencias de cobros federales, estatales y privadas que trabajan para cobrar el sobrepago de beneficios de comida.

(Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, enmendada, 7 U.S.C. 2011-2036).

Más en la página siguiente



Número de Seguro Social:

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



Sección W

Declaración de entendimiento



Asegúrese de...

1. Firmar y escribir la fecha en la página 1 (si no la envié antes).
2. Incluir los "Documentos que necesitamos" que aparecen en la primera sección.
3. Firmar y escribir la fecha en esta hoja.

Medicaid

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 identificación de Medicaid.

Uso de mis datos personales

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

Pagos de manutención médica y de niños

Dependiendo de mi caso de beneficios, el Procurador General (es decir, el estado) puede verificar que estoy recibiendo la cantidad correcta de cobertura médica o de pagos de manutención médica o de niños.

- Si sólo el niño recibe beneficios de Medicaid, puedo decidir si quiero que el estado ayude a obtener cualquier pago o cobertura que debemos recibir pero que no recibimos ahora.
- Si el niño y yo recibimos beneficios de Medicaid, tengo que:
 - Ayudar al estado a obtener cualquier pago y cobertura que debemos recibir pero que no recibimos ahora.

Si no ayudo al estado, el niño puede recibir beneficios de Medicaid, pero es posible que yo no.

- Identificar al padre o a la madre del niño.
- Dejar que el estado se quede con cualquier pago de manutención médica.

- 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.

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.
- Dinero que la Procuraduría General cobre para mí o para los niños.

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. Cooperaré con la HHSC para que reciba estos fondos.

Al firmar a continuación, acepto:

- Que la HHSC y otras agencias estatales, federales y locales revisen, compartan y obtengan los datos personales de cualquier persona que forma parte de mi caso de beneficios (hogar).
- Que otra persona, compañía u organización comparta con la HHSC los datos personales que tienen de cualquier persona que forma parte de mi caso de beneficios (hogar).
- Que los datos que se verificarán y divulgarán incluyan cualquier información que les ayude a decidir: (1) quién puede recibir beneficios y (2) la cantidad de los beneficios.

Mis respuestas son verdaderas

Firme aquí para mostrar que acepta:

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.

■ Persona que solicita beneficios o su representante autorizado:

Firme aquí

Fecha (mes/día/año)

■ Padre, tutor legal o apoderado de la persona que solicita beneficios:

Firme aquí (tiene que dar una prueba de que tiene este derecho)

Teléfono

Fecha (mes/día/año)

■ Testigo (sólo se necesita si alguna de las personas anteriores firma con una "X" u otra marca):

Firme aquí

Fecha (mes/día/año)

Nombre del testigo en letra de molde

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

Número de Seguro Social:

Solicitud de beneficios
Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas

H1010-S
1/2017
Página 18



¿Solicita o está renovando beneficios de Medicaid o CHIP? Si contesta “Sí”, tiene que llenar esta hoja.

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD?

Podemos ayudarle sin costo alguno. Llámenos al 2-1-1 o al 1-877-541-7905 (después de escoger un idioma, oprima el 2). Si tiene una discapacidad de la audición o del habla, llame a 7-1-1 o a cualquier servicio de transmisión (relay).

Sección 1

Su declaración de impuestos del IRS

Tiene que llenar, firmar y enviar esta hoja con su solicitud de beneficios.

¿Tiene miedo de darnos datos sobre una persona porque piensa que podría causarles daño (físico o emocional) a usted o a su niño?

Si contesta sí, podría no tener que darnos los datos sobre esta persona. Posiblemente pueda obtener una “Exención de Violencia Doméstica”.

Cada persona que aparece en la **Sección H** de la solicitud de **Your Texas Benefits** tiene que contestar las preguntas a continuación (Sección 1). Las personas que deben incluirse en la sección H y que deben contestar las preguntas son:

- Usted.
- Su esposo(a).
- Sus niños de 20 años y menores que viven con usted.
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos del IRS, aunque no viva con usted.
- Cualquier persona de 20 años o menor a quien cuida y que vive con usted.

(Aún puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración de impuestos del IRS).

Persona 1: (contacto principal o jefe del hogar)

Nombre	Segundo nombre	Apellido
--------	----------------	----------

Si es casado(a), nombre de su esposo(a):

¿Va a presentar una declaración de impuestos del IRS el próximo año? Sí No

Si contesta “Sí”, conteste las preguntas a, b y c. Si contesta “No”, siga a la pregunta c. ← | ← |

a. ¿Presentará la declaración conjuntamente con su esposo(a)? Sí No

b. ¿Reclamará dependientes en su declaración de impuestos? Sí No

Si contesta “Sí”, escriba los nombres de los dependientes:

c. ¿Lo reclamará alguien a usted como dependiente en la declaración de impuestos? Sí No

Si contesta “Sí”, escriba el nombre del declarante:

¿Qué relación tiene usted con el declarante?



Más en la página 2



Sección 2

Deducciones de los impuestos que reclama

Díganos sobre las cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos del IRS. Si alguien tiene deducciones, los costos de la cobertura médica podrían ser un poco más bajos.

Deducciones de los impuestos

Marque todas las que apliquen, escriba la cantidad y cada cuánto la paga. (No incluya costos que ya incluyó como parte de la cantidad neta de trabajo por su cuenta).

- Pensión alimenticia que paga \$ _____ ¿Cada cuánto? _____
- Interés del préstamo estudiantil \$ _____ ¿Cada cuánto? _____
- Otras deducciones, como gastos de educador, cuentas de ahorro para la salud, gastos de mudanza, matrícula y tarifas \$ _____ ¿Cada cuánto? _____ Tipo: _____

Si tiene alguna de estas deducciones, tendrá que enviarnos una copia de la declaración de impuestos del año pasado.

Sección 3

Información sobre las personas que solicitan beneficios

Información sobre las personas que solicitan beneficios

1. ¿Viaja un niño que solicita atención médica con un familiar que es trabajador de campo migrante? Sí No
Si contesta sí, ¿cuál es el nombre del niño o de los niños?
2. ¿Participa un niño en el programa de Niños con Necesidades Médicas Especiales? Sí No
Si contesta "Sí", ¿quién?
3. ¿Es alguien indio americano o nativo de Alaska? Sí No
Si contesta "Sí", tiene que llenar el Apéndice B: Familiar indio americano o nativo de Alaska. La hoja está incluida con esta solicitud.
4. ¿Estuvo alguien bajo crianza temporal cuando tenía 18 años o más? Sí No
Si contesta "Sí", ¿quién? **¿En qué estado?**
5. ¿Vive fuera del hogar el padre o madre de algún niño que se menciona en esta solicitud? Sí No



Sección 4

Dinero que recibe

Dinero que recibe

Sólo llene esta sección si la cantidad de dinero que recibe cambia o podría cambiar de mes a mes. Si no espera cambios en sus ingresos mensuales, siga con la próxima pregunta.

Sus ingresos totales este año:

\$

Sus ingresos totales el próximo año (si cree que será diferente):

\$

Sección 5

Seguro que ofrece su trabajo

Seguro que ofrece su trabajo

1. ¿Puede obtener seguro médico alguien mencionado en esta solicitud por medio de un trabajo? (Marque "Sí" aunque la cobertura sea del trabajo de otra persona, por ejemplo, de un padre o esposo). Sí No

Si contesta "Sí", llene el "Apéndice A: Cobertura médica del trabajo".



2. ¿Tenía seguro alguien por medio de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses? Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién?

Si contesta "Sí", fecha de terminación:

Si contesta "Sí", razón por la que terminó el seguro:

- Terminó el empleo del padre debido a cortes de personal o cierre de la empresa.
- Terminó la cobertura de COBRA o ERS de uno de los padres.
- Cambió el estado civil del padre o madre.
- Terminaron los beneficios de CHIP de otro estado.
- Terminó la cobertura médica privada.
- Terminaron los beneficios de Medicaid de otro estado.
- Murió uno de los padres.
- El niño tiene necesidades médicas especiales.
- Terminaron los beneficios de Medicaid (por cualquier razón).
- Otra:



Sección 6

Lea y firme esta solicitud

A. ¿Está en la cárcel alguien que solicita cobertura médica? Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién está en la cárcel?



B. Cómo renovar su cobertura médica en años futuros

Para que sea más fácil saber si puedo recibir ayuda para pagar la cobertura médica en años futuros, acepto que la agencia use datos sobre el dinero que recibo (datos de ingresos), entre ellos, la información de las declaraciones de impuestos. La agencia me enviará un aviso, me permitirá que haga cambios y puedo cancelar (decidir no participar) en cualquier momento.

Acepto: Sí, la agencia puede obtener los datos mencionados antes y renovar mi cobertura médica sin preguntarme durante los próximos:

- 5 años (el máximo permitido)
- 4 años
- 3 años
- 2 años
- 1 año
- No use información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

Firme aquí

/ /

Fecha (mes/día/año)

APÉNDICE A



Cobertura médica del trabajo

Usted **NO** tiene que contestar estas preguntas a menos que alguien en el hogar pueda obtener cobertura médica de un trabajo. Añada una copia de esta página para cada trabajo que ofrece cobertura.

Díganos sobre el **trabajo** que ofrece cobertura.

Lleve la **Herramienta de cobertura del empleador** en la **página siguiente al empleador que ofrece cobertura para que le ayude a contestar estas preguntas.**

Sólo necesita incluir esta página al enviar su solicitud, no la Herramienta de cobertura del empleador.

Información del EMPLEADO

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social del empleado ____ - ____ - _____
---	--

Información del EMPLEADOR

3. Nombre del empleador	4. Número de identificación del empleador (EIN) ____ - _____ - _____	
5. Dirección del empleador	6. Teléfono del empleador () - _____	
7. Ciudad	8. Estado	Código postal
10. ¿Con quién podemos comunicarnos sobre cobertura médica para empleados en este trabajo?		
11. Teléfono (si es diferente del anterior) () - _____	12. Dirección de correo electrónico	

13. **¿Puede obtener la cobertura que ofrece este empleador en este momento, o podrá obtenerla en los próximos 3 meses?**

Sí (Continúe)

13a. Si está en un período de espera o probatorio, ¿cuándo podrá inscribirse en la cobertura? _____
(mes/día/año)

Escriba el nombre de cualquier otra persona que pueda obtener la cobertura de este trabajo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

No (Pare aquí y vaya a la página 9, Sección L)

Díganos sobre el **plan médico** que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan médico que satisfaga el estándar de valor mínimo*? Sí No

15. Para el plan más económico que cumpla con el estándar de valor mínimo* **sólo para el empleado** (no incluya planes familiares):
Si el empleador tiene programas de bienestar, escriba la prima que el empleado pagaría si recibe el máximo descuento por cualquier programa de cesación de tabaco, y no recibe ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar en primas el empleado para este plan? \$ _____

b. ¿Cada cuánto? Cada semana Cada dos semanas Dos veces al mes Una vez al mes Cada 3 meses Una vez al año

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si lo sabe)?

El empleador no ofrecerá cobertura médica.

El empleador empezará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima del plan más económico disponible sólo al empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento por programas de bienestar. Vea la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendrá que pagar en primas el empleado para ese plan? \$ _____

b. ¿Cada cuánto? Cada semana Cada dos semanas Dos veces al mes Una vez al mes Cada 3 meses Una vez al año

Fecha de cambio (mes/día/año): _____

*Un plan médico patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan del total de los costos de beneficio permitidos cubiertos por el plan es por lo menos el 60 por ciento de los costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986)

HERRAMIENTA DE COBERTURA DEL EMPLEADOR



Use esta herramienta para ayudar a contestar las preguntas en el Apéndice A sobre la cobertura médica del empleador que puede recibir (incluso si es del trabajo de otra persona, como un padre o esposo). La información en las casillas numeradas a continuación concuerda con las casillas del Apéndice A. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta 14 en esta página debe concordar con la pregunta 14 del Apéndice A.

Escriba su nombre y número de Seguro Social en las casillas 1 y 2 y pídale al empleador que llene el resto de la solicitud. Llene una herramienta para cada empleador que ofrece cobertura médica.



Información del EMPLEADO

El empleado tiene que llenar esta sección.

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social _____ - _____ - _____
---	---



Información del EMPLEADOR

Pida esta información al empleador.

3. Nombre del empleador	Número de identificación del empleador (EIN) _____ - _____ - _____	
5. Dirección del empleador (HHSC enviará avisos a esta dirección)	6. Teléfono del empleador () - _____	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
10. ¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura médica para empleados en este trabajo?		
11. Teléfono (si es diferente del anterior) () - _____	12. Dirección de correo electrónico	

13. ¿Puede el empleado obtener la cobertura que ofrece el empleador en este momento o podrá obtenerla en los próximos 3 meses?

Sí (Continúe)

13a. Si el empleado no puede obtener cobertura en este momento, como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo podrá obtenerla? _____ (mes/día/año) (Continúe)

No (PARE y entréguele esta hoja al empleado)

Díganos sobre el plan médico que ofrece este empleador.

¿Ofrece el empleador un plan médico que cubre al esposo, a la esposa o al dependiente de un empleado?

Sí. ¿A quiénes cubre? Esposo(a) Dependiente(s)

No

(Siga a la pregunta 14)

14. ¿Ofrece el empleador un plan médico que satisfaga el estándar de valor mínimo*?

Sí (Siga a la pregunta 15) No (PARE y entréguele la hoja al empleado)

15. Para el plan más económico que cumpla con el estándar de valor mínimo* **sólo para el empleado** (no incluya planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, escriba la prima que el empleado pagará si recibe el máximo descuento por cualquier programa de cesación de tabaco, y no recibe ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar en primas el empleado para este plan? \$ _____

b. ¿Cada cuánto? Cada semana Cada dos semanas 2 veces al mes Una vez al mes Cada 3 meses Una vez al año

Si el año del plan terminará pronto y sabe que van a cambiar los planes de salud ofrecidos, siga a la pregunta 16. Si no sabe, PARE y entréguele la hoja al empleado.

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan?

El empleador no ofrecerá cobertura médica.

El empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima del plan más económico disponible sólo para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento para programas de bienestar. Vea la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendrá que pagar en primas el empleado para ese plan? \$ _____

b. ¿Cada cuánto? Cada semana Cada dos semanas Dos veces al mes Una vez al mes Cada 3 meses Una vez al año

Fecha de cambio (mes/día/año): _____

*Un plan médico patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan del total de los costos de beneficios permitidos, cubiertos por el plan es por lo menos el 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986)

APÉNDICE B



Familiar indio americano o nativo de Alaska (AI/AN)

Llene este apéndice si usted o un familiar es indio americano o nativo de Alaska. Envíelo con su solicitud.

Díganos sobre el familiar que es indio americano o nativo de Alaska.

Los indios americanos y nativos de Alaska pueden recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas urbanos de salud indígena. Además, quizás no tengan que pagar parte de los costos y podrían tener períodos especiales de inscripción mensual. Conteste las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia reciba toda la ayuda posible.

NOTA: Si quiere incluir más personas, haga una copia de esta página y añádala.

	PERSONA AI/AN 1	PERSONA AI/AN 2
1. Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido)	Nombre Segundo nombre Apellido	Nombre Segundo nombre Apellido
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?	<input type="checkbox"/> Sí Si contesta "Sí", ¿cuál es el nombre de la tribu? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si contesta "Sí", ¿cuál es el nombre de la tribu? _____ <input type="checkbox"/> No
3. ¿Alguna vez ha recibido esta persona un servicio del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa urbano de salud indígena, o por medio de un envío a servicios de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta "No", ¿puede esta persona recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas urbanos de salud indígena, o por medio de un envío a servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta "No", ¿puede esta persona recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas urbanos de salud indígena, o por medio de un envío a servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Algún dinero recibido quizás no cuente para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Mencione todos los ingresos (cantidad y cada cuánto) que aparecen en su solicitud que incluye dinero de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que vienen de recursos naturales, derechos de uso, contratos de arrendamiento o regalías • Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de terreno designado como tierra indígena en fideicomiso por el Departamento del Interior (incluso reservas actuales y anteriores) • Dinero de la venta de artículos de importancia cultural 	\$ _____ ¿Cada cuánto? _____	\$ _____ ¿Cada cuánto? _____

APÉNDICE C



Ayuda para llenar esta solicitud

Puede escoger a un representante autorizado.

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

Esta persona puede:

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

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. Nombre del representante autorizado (Nombre, segundo nombre, apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento o lote
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal
7. Teléfono () -		
8. Nombre de la organización		9. Número de identificación de la organización (si aplica)
Al firmar, usted permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe por usted en todo asunto futuro con esta agencia.		
10. Su firma		11. Fecha (mes/día/año)

For certified application counselors, navigators, agents, and brokers only./Solo para uso de los consejeros certificados de solicitudes, navegantes, agentes e intermediarios solamente.

Complete this section if you're a certified application counselor, navigator, agent, or broker filling out this application for somebody else.

1. Application start date (mm/dd/yyyy)	
2. First name, middle name, last name, & suffix	
3. Organization name	4. Organization ID number (if applicable)