

Como Recibir su Plan de Harris Health

No se requiere pago para obtener la Asistencia Financiera de Harris Health. Si le piden una cuota por favor llame al 713-566-6277.

Complete la aplicación llamada "Solicitud Para Asistencia Financiera." Asegúrese que usted, su esposo(a) y todos sus hijos entre 18 y 26 años de edad que viven con usted firmen y pongan la Fecha donde corresponde.

Envíe la solicitud por correo a:

Programa de Asistencia Financiera de Harris Health
P.O. Box 300488, Houston, TX 77230

O

Entregue su solicitud al centro de elegibilidad más cercano

Para renovar (excepto si tiene Medicare): Si su nombre, dirección, estado civil, estado legal, miembros de familia y cobertura de salud no han cambiado desde su última inscripción con Harris Health, por favor complete la aplicación y entregue con pruebas de todos los ingresos brutos del último mes de toda la familia. Para mas información por favor visite el sitio: <https://www.harrishealth.org/es/access-care-hh/eligibility>

Harris Health System personal puede inscribir en programas de asistencia al paciente a fin de obtener medicamentos gratis de las compañías farmacéuticas por medio del programa de Asistencia de Medicinas Autorización de Medication Assistance Program (MAP) Consentimiento y Autorización (Forma #283233). Esta forma le permitirá a Harris Health que comparta su información médica personal, así como firmar todos los formularios necesarios para que pueda obtener asistencia.

Por favor haga y entregue copias a Harris Health de:

Esta información, papeles y firmas son necesarias para los programas de Asistencia de Harris Health y el Reemplazo de Drogas.

1. Identificación de usted y su esposo(a)

- Acta de matrimonio o Declaración de impuestos si es casado (a)
- Declaración y Registro de Matrimonio Informal si su unión es libre
- Algún otro documento verificando su matrimonio

Y necesita **una** prueba con foto:

- Licencia de conducir del estado
- Tarjeta de identificación de alumno con foto actual
- Tarjeta del trabajo actual
- Documentos de inmigración de los Estados Unidos
- Tarjeta de identificación de Estado
- Pasaporte con foto
- Tarjeta de identificación de un consulado extranjero
- Carta de Agencia

Si no tiene identificación con foto, necesita copia de dos pruebas:

- Acta de nacimiento (excepto para mujeres casadas)
- Acta de matrimonio O Declaración y Registro de Matrimonio Informal que prueben su identidad y dirección en el Condado de Harris
- Registros hospitalarios o de nacimiento
- Documentos o acta de adopción
- Tarjeta de registro de elector del presente año del Condado de Harris
- Otros documentos federales
- Tarjeta de Seguro Social
- Tarjeta de Medicaid
- Tarjeta de Medicare
- Talones de cheque actuales

2. Dirección con su nombre o el de su esposo(a)

Necesita una prueba de una prueba con fecha de los últimos 60 días:

- Recibos de servicios
- Recibo de hipoteca
- Correo comercial
- Registro escolar para niños menores de 18 años
- Documentos de certificación o cheques de subsidio de la Administración de Seguro Social (SSA) o de la Comisión de Trabajo de Texas.
- Documentos de certificación del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), o Forma SNAP TF0001
- Carta de Agencia
- Declaración de un proveedor de cuidado infantil con licencia.
- Formulario de verificación de residencia de Harris Health System completado por una persona que no viva en la misma casa
- Talón de cheque actual
- Resumen de tarjeta de crédito
- Carta de Medicaid o Medicare

Necesita una prueba con fecha del último año:

- Contratos de alquiler actuales
- Registro de Vehículos automotores
- Tarjeta de registro de elector del presente año del Condado de Harris
- Registro del automóvil
- Documentos de impuestos a la Propiedad
- Documento de seguro de automóvil
- Declaración de impuestos del Presente año

5. Estado de Inmigración de usted, su esposo(a) y todos sus hijos que dependen de usted

Debe mostrar los documentos de los servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos, aunque ya estén vencidos.

6. Cobertura de Salud de usted, su esposo(a) y todos sus hijos que dependen de usted

Por favor muestre prueba de Medicaid, CHIP (seguro médico para niños), CHIP Perinatal, Medicare o seguro de salud.

7. Si tiene Medicare y es elegible para el Plan de Harris Health

Debe llenar la determinación de Medicare y mostrar prueba de sus recursos y obligaciones (todas las páginas de su estado de cuentas bancarias actuales, facturas de tarjetas de crédito, préstamos, etc.).

8. Usted debe llenar formas para los siguientes programas CHIP, Chip Prenatal, Medicaid, TANF (Asistencia Temporal para familias necesitadas), SSI (Ayuda suplementaria del Seguro Social), Title V (título 5) o el programa de la mujer saludable de Texas (HTWP) si fuera elegible. Por favor vaya al siguiente sitio para bajar la aplicación de Medicaid/CHIP:

<http://yourtexasbenefits.hhsc.texas.gov/sites/default/files/docs/1205-span.pdf>

3. Ingresos brutos de los últimos 30 días de usted, esposo(a) y todos sus hijos mayores de 18 años de edad que viven con usted

Como requisito nuevo para completar su proceso de Harris Health System Elegibilidad, cada miembro de su familia de 18 años o más, debe firmar la forma, con el propósito de obtener información de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas

- Dinero en efectivo
- Ingresos de renta de propiedad
- Indemnización de desempleo
- Talones de cheques actuales
- Carta de beneficios de Seguro Social
- Dividendos o regalías
- Pensión matrimonial
- Pago militar y subsidios
- Manutención de niño
- Carta de jubilación

- Declaración actual de impuestos 1040/1040A del IRS (todas las páginas) si es trabajador independiente o si trabaja por su cuenta
- Carta o cheque de beneficios de Veteranos
- Carta de beneficios de Desempleo
- Carta de Agencia
- Ingresos o Forma SNAP TF0001

- Formulario de ingresos de trabajo independiente de Harris Health System para personas que no declaren impuestos
- Formulario de verificación de salario de Harris Health System (si recibe pago en efectivo o cheque personal)
- Formulario de declaración de ayuda financiera de Harris Health System si no recibe ingresos

4. Prueba de su parentesco con todos sus hijos que viven y dependen de usted

- Acta de nacimiento
- Registro escolar para verificar que su dependiente de edad 18-26 años es estudiante de tiempo completo
- Solicitud de inmigración de los Estados Unidos con el nombre de los dependientes
- Acta de divorcio o de manutención de niño
- Acta de defunción para personas ya fallecidas
- Documentos de la escuela o documentos de seguro verificando nombre del niño(a) y el padre o la madre
- Acta temporal de nacimiento o brazaletes del hospital para niños menores de 90 días
- Forma U.S Department of Health and Human Services- Office of Refugee Resettlement- Verification of Release (ORR UAC/R-1) niño extranjero no acompañado.
- Acta de bautismo
- Carta de beneficios de Seguro Social con el nombre del dependiente
- Formulario Popras de bebé

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

El presente es un documento Oficial del Gobierno. La información incompleta o falsa en este formulario podrá originar una acción penal de acuerdo con los Artículos 31.04 y 37.10, u otras secciones del Código Penal de Texas.

No se requiere pago para obtener la Asistencia Financiera de Harris Health. Si le piden una cuota por favor llame al 713-566-6277.

Nombre: _____		Nombre de soltera: _____	
Dirección: _____		No. Dpto: _____ Condado: _____	
Ciudad: _____		Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____	
No. de teléfono particular: _____		No. de teléfono laboral: _____ No. de celular: _____	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre/Matrimonio Informal			

Miembros del Hogar:

Apellido	Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Raza	Origen étnico	Sexo	Empleado	Estado Legal
		YO MISMO/A			<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Sin respuesta <input type="checkbox"/> Natioamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Indocumentado <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Visa
					<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Sin respuesta <input type="checkbox"/> Natioamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Indocumentado <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Visa
					<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Sin respuesta <input type="checkbox"/> Natioamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Indocumentado <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Visa
					<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Sin respuesta <input type="checkbox"/> Natioamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Indocumentado <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Visa
					<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido/Sin respuesta <input type="checkbox"/> Natioamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Indocumentado <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Visa

Por favor complete la sección de Ingresos Del Hogar y Gastos Del Hogar en la Página 2- Reverso.

¿Hay alguna persona embarazada? No Sí ¿Quién? _____ Fecha de parto calculada: _____

¿Alguien tiene seguro médico? No Sí ¿Quién? _____

Nombre de la empresa aseguradora: _____ # de Seguro: _____

¿Usted o alguien de su hogar ha solicitado algún beneficio del Seguro Social ? No Sí ¿Quién? _____ Cuando? _____

¿Hay una necesidad médica? No Sí

Debe reportar todos los cambios de nombre, domicilio, estado civil, estado legal, ingresos, miembros del hogar y cobertura de asistencia médica de inmediato. De no hacerlo, puede perder la asistencia de Harris Health System o podría ser responsable de pagar todos los servicios médicos proveídos por Harris Health System. Harris Health System reserva el derecho de pedir información adicional si fuera necesario.

Certifico bajo pena de sanción legal que la información que he proveído a Harris Health System es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Mi firma autoriza la divulgación de información a proveedores de Harris Health System, contratistas, agencias federales y estatales, o programas de asistencia a pacientes para revisar los archivos para fines de auditoría.

He leído las "Declaración De Los Derechos y Deberes Del Solicitante" en la Página 2- Reverso. Sí No
Usted, su esposo(a) y todos sus hijos de 18 a 26 años de edad que viven con usted deben firmar y poner la fecha para recibir asistencia financiera del Plan de Harris Health con ayuda de recetas médicas .

Su firma:	Fecha:
Firma de su esposo(a) si estan casados o viven en unión libre:	Fecha:
Firma de su hijo(a) de 18 a 26 años que vive con usted :	Fecha:
Firma de su hijo(a) de 18 a 26 años que vive con usted :	Fecha:
Firma de su hijo(a) de 18 a 26 años que vive con usted :	Fecha:
Firma de testigo (si alguna línea está firmada con una "X"):	Fecha:

INGRESOS DEL HOGAR (Incluir todos los ingresos brutos de la familia)			GASTOS DEL HOGAR (Gastos Mensuales del Hogar)	
Nombre del trabajador o del que recibe el dinero	Fuente de ingresos/Nombre de la empresa	¿Con qué frecuencia? (semanal, cada 2 semanas, bi-mensual, mensual) y Cantidad	Gastos	Cantidad Mensual
			Renta/Pago de casa/ Vivienda	\$
		\$	Servicios (gas, agua, luz, teléfono, cable)	\$
			Comida	\$
			Seguro (carro, casa, otro)	\$
		\$	Pago de carro	\$
			Gastos médicos	\$
			Préstamos/Tarjetas de crédito	\$
		\$	Otro-Explique:	\$
			Total Gastos Mensuales:	\$
			Quien pagó sus gastos del hogar?	<input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> La persona que le ayuda

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL SOLICITANTE

Al firmar esta solicitud para recibir asistencia, yo afirmo lo siguiente:
La información escrita en la solicitud y en sus anexos es verdadera y correcta. Esta solicitud es un documento legal. El deliberadamente omitir información o el proporcionar información falsa podría dar lugar a que el Proveedor cancele los servicios a uno de los miembros de mi hogar, de mi familia o los míos propios.
Si yo omito información, dejo de proporcionar o me niego a proporcionar información o; proporciono información falsa o engañosa acerca de estos asuntos, podría requerírseme que reembolse al Estado el costo de los servicios recibidos, si acaso se determina que no califico para los servicios. Yo reportaré los cambios en la situación de mi hogar, de mi familia, que afecten la elegibilidad durante el período de certificación (cambios en el ingreso, en los miembros del hogar, en la familia y, cambios de residencia.)
Yo autorizo la divulgación de toda la información, incluyendo pero no limitada a el ingreso y a la información médica, a el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) y <i>Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS)</i> y, al Proveedor para poder determinar la elegibilidad, para poder cobrar o, proporcionar servicios en mi hogar, a mi familia o, a mí personalmente.
Entiendo y acepto que podría pedirme el Proveedor que proporcione comprobantes de cualquiera de la información proporcionada en esta solicitud.
La cobertura de seguro de salud, incluyendo pero no limitada a seguro para un individuo o seguro de salud para un grupo de personas; los de membresía proporcionados por organizaciones para el mantenimiento de la salud [como HMO], <i>Medicaid, Medicare</i> ; beneficios de la <i>Veterans Administration</i> ; de la <i>TRICARE</i> y <i>Worker's Compensation</i> [beneficios de Compensación Laboral], deben ser reportados al Proveedor. Los beneficios provenientes de esos seguros de salud pudieran ser considerados como la fuente principal de pago de la atención de salud recibida. Por este medio yo, asigno al Proveedor cualquiera de dichos beneficios. También asigno el pago de los beneficios y servicios recibidos de parte de y, a través del Proveedor, directamente a los proveedores de servicios.
Yo entiendo y acepto que, para mantener la elegibilidad para el programa, se me va a requerir que vuelva a aplicar para recibir asistencia por lo menos cada doce meses o posiblemente antes si se determina que puedo ser elegible para otro tipo de cobertura.
Soy residente legítimo de Texas o bien, dependiente del territorio. Yo vivo físicamente en Texas, mantengo residencia en Texas y, no afirmo ser residente de otro estado o país o bien, soy un dependiente de un residente legítimo de Texas.
Algunos programas proporcionan atención a través de proveedores aprobados por los programas. Yo entiendo y acepto que, para recibir beneficios de dichos programas, el tratamiento debe ser recibido a través de esos proveedores aprobados por el programa.
Yo entiendo y acepto que tengo el derecho de registrar una queja con relación al manejo de mi solicitud o con relación a cualquier acción tomada por el programa con HHSC Civil Rights Office de 1-888-388-6332.
Yo entiendo y acepto que recibiré documentación por escrito concerniente a los servicios para los cuales mi hogar, mi familia o yo calificamos o, potencialmente lleguemos a calificar.
Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a http://www.dshs.state.tx.us para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: <i>Government Code</i> , sección 552.021, 522.023 y 559.004)
Si usted nos proporciona su correo electrónico, usted está de acuerdo en recibir información y notificaciones de Harris Health System acerca de su plan de Asistencia Financiera y elegibilidad. SI NOS PROPORCIONA SU CORREO ELECTRONICO, DEBE MANTENER SU CORREO ELECTRONICO VIGENTE.
Usted es responsable de mantener la información de su correo electrónico vigente para poder recibir toda la información acerca de su plan de Asistencia Financiera y elegibilidad de Harris Health System. Usted está de acuerdo que información electrónica puede no ser privada entre usted y Harris Health System – Cualquiera con acceso a su correo electrónico, como un miembro de su familia o patrón o empresa para quien usted trabaja, puede tener acceso a toda la comunicación electrónica.
Yo autorizo a la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas (TWC) entregar los Archivos de desempleo, Archivos de Ingresos Laborales u otros archivos a Harris Health System . Entiendo que estos archivos pertenecen a una agencia del gobierno y autorizo a dicha agencia a entregar los archivos a Harris Health System agencia mencionada anteriormente con el siguiente propósito: Para procesar my aplicación de Asistencia Financiera de Harris Health. Esta autorización debe ser válida por un periodo de doce meses de la fecha anotada en esta forma o hasta que yo autorice la anulación recibida por La Comisión de la Fuerza Laboral de Texas o lo que ocurra primero. Esta autorización debe aplicar a todos los archivos mantenidos por La Comisión de la Fuerza Laboral de Texas al menos que tenga limitaciones especificadas.