

Cómo obtener su asistencia financiera de Harris Health

Hacer la solicitud de asistencia financiera de Harris Health no tiene ningún costo

Para obtener la asistencia financiera de Harris Health, debe completar la "Solicitud de asistencia financiera" de Harris Health. Asegúrese de que usted, su cónyuge y TODOS sus hijos de 18 a 26 años que vivan con usted firmen y pongan la fecha en el formulario.

<p>Envíe la solicitud por correo a: Harris Health Financial Assistance Program P.O. Box 300488, Houston, TX 77230</p> <p>Si tiene alguna pregunta, llame al Centro de Llamadas de Elegibilidad al 713-566-6509.</p>	<p>Para solicitante de renovación (excepto solicitante de Medicare): Si su nombre, dirección, estado civil, estado legal, número de miembros del hogar y/o cobertura médica no ha cambiado desde el vencimiento de su solicitud anterior, por favor complete y envíe esta solicitud junto con los ingresos brutos de su familia de los últimos 30 días solamente. Para obtener más información, por favor visite el siguiente sitio web: https://www.harrishealth.org/access-care-hh/eligibility.</p>
---	--

El personal de Harris Health System puede inscribirlo(a) en los programas de asistencia al paciente disponibles de los fabricantes de medicamentos si completa el Consentimiento y autorización del Programa de asistencia con medicamentos (Medication Assistance Program, MAP) (Formulario n.º 283233). Este formulario le permite a Harris Health System compartir la información de salud de usted que soliciten los fabricantes de medicamentos y firmar otros formularios que son necesarios para completar su solicitud de asistencia si usted califica para recibirla.

Por favor, entréguele copias de lo siguiente a Harris Health System:

<p>1. Identificación suya y, si corresponde, de su cónyuge: Entregue una de las siguientes: (1) certificado de matrimonio/IRS 1040, si están casados; (2) la declaración y registro de matrimonio informal, si el matrimonio es de derecho consuetudinario u (3) otro comprobante de matrimonio/matrimonio de derecho consuetudinario. Y entregue una de las siguientes formas de identificación con fotografía: (1) licencia de conducir emitida por el estado; (2) tarjeta de identificación emitida por el estado; (3) identificación de estudiante vigente; (4) identificación de empleado del empleo actual; (5) documentos de inmigración de los Estados Unidos; (6) pasaporte con fotografía; (7) tarjeta de identificación de consulado extranjero; (8) carta de agencia, (9) tarjeta de Enhanced+ de identificación con foto de la biblioteca pública actual o (10) credencial para votar con fotografía emitida por el Instituto Nacional Electoral (INE). Si usted no tiene una de estas formas de identificación con fotografía, entregue dos de los documentos siguientes: (1) Certificado de nacimiento (las mujeres casadas pueden usar su certificado de nacimiento que muestre su apellido de soltera con una licencia de matrimonio o el certificado de nacimiento de su hijo/a que muestre su apellido de soltera); (2) acta de matrimonio o declaración y registro de matrimonio informal; (3) registros hospitalarios o de nacimiento; (4) documentos o registros de adopción; (5) tarjeta de votante actual del Condado de Harris; (6) recibo de sueldo actual; (7) otro documento federal que muestre su nombre y dirección en el Condado de Harris; (8) tarjeta del Seguro Social; y/o (9) tarjeta de Medicaid; tarjeta de Medicare.</p>

<p>2. Ingresos brutos de los últimos 30 días de usted, su cónyuge e hijos adultos entre 18 y 26 años que sean estudiantes a tiempo completo y vivan con usted:</p>

Todos los miembros del hogar mayores de 18 años deben firmar y fechar la solicitud para que Harris Health System pueda verificar los registros de empleo de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas.

<p>Entregue todo lo siguiente, si corresponde: (1) comprobante de ingresos de dinero; (2) recibos de sueldo actuales; (3) comprobante de ingresos de propiedades en alquiler; (4) indemnización laboral; (5) comprobante de dividendos y regalías; (6) comprobante de pensión alimenticia recibida; (7) comprobante de sueldo y asignaciones militares; (8) documentos de manutención infantil; (9) carta de adjudicación de Seguro Social; (10) carta de concesión de jubilación; (11) declaración de impuestos 1040 del IRS actual (todas las páginas) si trabaja por cuenta propia; (12) carta o cheque de Asuntos de Veteranos; (13) carta de un organismo; (14) registro de beneficios por desempleo; (15) ingresos en formulario TF0001 del SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program o Programa de asistencia nutricional suplementaria); (16) formulario de Harris Health System de declaración de ingresos de trabajo por cuenta propia si no se ha presentado la declaración de impuestos; (17) formulario de verificación de sueldo de Harris Health System (solo para sueldo en efectivo y cheques personales); y (18) formulario de Harris Health System de Declaración de apoyo, si no tiene ingresos.</p>

<p>3. Dirección con su nombre o el de su cónyuge: Entregue uno de los siguientes documentos que tenga fecha dentro de los últimos 60 días: (1) Factura de servicio público; (2) recibo de sueldo; (3) cupón de hipoteca; (4) estado de cuenta de la tarjeta de crédito; (5) correspondencia comercial; (6) carta de Medicaid o Medicare; (7) registro escolar de hijos menores de 18 años; (8) documentos de certificación o cheques de beneficios de la Administración del Seguro Social o de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas; (9) documento de certificación del Programa de asistencia nutricional suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), o formulario TF0001 del SNAP; (10) carta de un organismo; (11) declaración de un proveedor de cuidado infantil autorizado; o (12) formulario de verificación de residencia de Harris Health System completado por una persona no relacionada que no viva en su casa. Si no tiene uno de estos documentos fechados dentro de los últimos 60 días, entregue uno de los siguientes documentos fechados dentro del último año: (1) contrato de alquiler; (2) documento de impuestos sobre bienes; (3) departamento de registros de vehículos motorizados; (4) documento de seguro de automóvil; (5) tarjeta de votante del Condado de Harris; (6) registro de automóvil; o (7) copia del IRS de la presentación de impuestos más reciente.</p>

<p>4. Documentación de hijos dependientes que vivan con usted: Entregue uno de los documentos siguientes: (1) acta de nacimiento; (2) registro bautismal (fe de bautizo); (3) comprobante de inscripción escolar a tiempo completo para estudiantes de 18 a 26 años; (4) carta de adjudicación del Seguro Social con los nombres de los dependientes; (5) formularios de Baby's Props; (6) solicitudes de inmigración ante los EE. UU. con los nombres de los dependientes; (7) acta de divorcio o documento de manutención de menores; (8) acta de defunción de miembros del hogar; (9) documentos escolares o de seguros donde aparezcan los nombres de los padres y del hijo/a; (10) registro de nacimiento o brazalete del hospital para bebés menores de 90 días; u (11) formulario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (Oficina de Reasentamiento de Refugiados) para la verificación de liberación (ORR UAC/R-1) de niños extranjeros no acompañados de sus representantes.</p>
--

<p>5. Estado de inmigración de usted, su cónyuge y sus hijos dependientes: proporcione documentos vigentes o vencidos de los Servicios de ciudadanía e inmigración de los Estados Unidos.</p>
--

<p>6. Cobertura de atención médica de usted, su cónyuge y sus hijos dependientes: entregue un comprobante actual de Medicaid, CHIP, CHIP Perinatal, Medicare, o de su seguro de salud.</p>

<p>7. Si tiene Medicare y es elegible para el Programa de asistencia financiera de Harris Health System: debe completar un formulario de activos de Medicare y exhibir comprobantes de sus recursos y pasivos actuales (todas las páginas de estados de cuenta bancarios, tarjetas de crédito, facturas, préstamos, etc.).</p>

<p>8. Debe completar documentos de programas tales como, entre otros, CHIP, CHIP Perinatal, Medicaid, Marketplace, TANF (Temporary Assistance for Needy Families, Asistencia temporal para familias con necesidades), SSI (Supplemental Security Income, Ingresos de seguridad complementarios), Título V o Healthy Texas Women Program (HTWP, Programa para mujeres sanas de Texas), si usted puede tener estos programas. Para descargar e imprimir la solicitud de TX Medicaid /CHIP, vaya a: https://yourtexasbenefits.com.</p>
--

NOTICE OF AVAILABILITY

HARRISHEALTH

ATTENTION: Free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-877-612-3004 (TTY: 711) or speak to your provider.

ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística sin costo para usted. También tenemos disponibles asistencia y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles sin costo. Llame al 1-877-612-3004 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

LƯU Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Chúng tôi cũng có các dịch vụ và trợ giúp phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở các định dạng dễ tiếp cận miễn phí. Gọi 1-877-612-3004 (TTY: 711) hoặc trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

انتباه: إذا كنت تتحدث العربية، توفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. كما توفر أيضاً وسائل وخدمات مساعدة مناسبة لتقديم المعلومات بتنسيقات يسهل الوصول إليها، دون أي تكالفة. اتصل على 1-877-612-3004 (خدمة الهاتف النصي: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.

注意：如果您會說[插入語言]，您可以獲得免費的語言協助服務。我們還免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-877-612-3004 (TTY:711) 或與您的服務提供方聯繫。

توجه: اگر به زیان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زیانی رایگان در دسترس شماست. خدمات و لوازم کمک جانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌هایی برای درک آسان نیز به صورت رایگان در دسترس است. با شماره ۰۰۰۴-۳۰۰۴-۱-۸۷۷-۶۱۲ (۷۱۱) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

ATTENTION: Si vous parlez Français, des services gratuits d'assistance linguistique sont à votre disposition. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-612-3004 (TTY: 711) ou parlez-en à votre prestataire de soins.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen ein kostenloser Sprachassistenzdienst zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Bereitstellung von Informationen in zugänglichen Formaten sind ebenfalls kostenlos erhältlich. Rufen Sie 1-877-612-3004 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો તમારા માટે મફત ભાષા સહાય સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટે યોગ્ય સહાયક સહાય અને સેવાઓ પણ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. 1-877-612-3004 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પરદાતા સાથે વાત કરો.

ध्यान दें: अगर आप हंडी भाषी हैं, तो आपके लिए निश्चिलक भाषा सेवाएं उपलब्ध हैं। उपयुक्त सहायक सामग्री और अन्य सेवाएं भी निश्चिलक उपलब्ध हैं, ताकि आपको सुलभ प्रारपों में जानकारी प्रदान करवाई जा सके। 1-877-612-3004 (टैटीवाई: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

注意: 日本語をご希望の方は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供する適切な補助器具やサービスも無料でご利用いただけます。
1-877-612-3004 (テキスト電話/TTY: 711) にお電話いただき、プロバイダーにお問い合わせください。

알림: 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 정보를 접근 가능한 형식으로 제공 받을 수 있는 적절한 보조 도구와 서비스도 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-612-3004 (TTY: 711)로 전화하시거나, 담당 의료진에게 문의해 주세요.

ເອົາໃຈໄສ້: ຖ້າເຈົ້າເວົ້າເພົາສາວາວ, ການບໍວົງການຈ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາກມີໃຫ້ທ່ານໄດ້ລົບປ່ສະລັກ. ການຈ່ວຍເຫຼືອ ແວະການບໍວົງການທີ່ເໝີ່ມາຈະສົ່ງໃນການສະຫນອງຂັ້ນນີ້ໃນຮູບແບບທີ່ມາດເຂົ້າຖ່າງໄດ້ມ່ວນໜ້າງສາມາດໃຊ້ໄດ້ລົບປ່ສະລັກ. ໂທ 1-877-612-3004 (TTY: 711) ຫຼືວິ່ວັດບ້ານໃຫ້ບໍວົງການຂອາເຈື້ງ.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, вам предлагаются бесплатные услуги языковой поддержки. Также в бесплатном доступе предлагаются соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах. Звоните по номеру 1-877-612-3004 (телефон: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

ATENSYON: Kung ikaw ay nagsasalita ng Tagalog, may makukuha kang libreng serbisyo ng tulong sa wika. Ang angkop na mga pantulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na pormat ay makukuha rin nang libre. Tumawag sa 1-877-612-3004 (TTY: 711) o makipaq-usap sa iyong tagapapaqbigay ng serbisyo.

توجه فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت ترجمانی کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-877-612-3004 (711 TTY) پر کال کریں: یا ایئے فراہم کرننے سے بات کریں۔

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Este es un expediente oficial del gobierno. La inclusión de información falsa o incompleta en este formulario puede causar cargos penales, de conformidad con lo establecido en la sección 37.10, y otras, del Código Penal de Texas.

Hacer la solicitud de asistencia financiera de Harris Health no tiene ningún costo

Nombre:	Apellido de soltera:		
Dirección particular:	Apartamento n.º:	Condado:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Correo electrónico:
Dirección de correo:	Ciudad	Estado:	Código postal:
Teléfono particular:	Teléfono del trabajo:	Teléfono móvil:	
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"/> Casado(a) por derecho consuetudinario/informal			

Miembros del hogar:

Apellido(s)	Primer nombre	Relación	Fecha de nacimiento	N.º de seguro social	Raza	Etnia	Sexo	Trabaja	Situación jurídica
		SOLICITANTE			<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Nativo norteamericano <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(a) de Estados Unidos <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Indocumentado(a) <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Patrocinado(a) <input type="checkbox"/> Visa
					<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Nativo norteamericano <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(a) de Estados Unidos <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Indocumentado(a) <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Patrocinado(a) <input type="checkbox"/> Visa
					<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Nativo norteamericano <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(a) de Estados Unidos <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Indocumentado(a) <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Patrocinado(a) <input type="checkbox"/> Visa
					<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Nativo norteamericano <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(a) de Estados Unidos <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Indocumentado(a) <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Patrocinado(a) <input type="checkbox"/> Visa
					<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Nativo norteamericano <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(a) de Estados Unidos <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Indocumentado(a) <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Patrocinado(a) <input type="checkbox"/> Visa
					<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Nativo norteamericano <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(a) de Estados Unidos <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Indocumentado(a) <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Patrocinado(a) <input type="checkbox"/> Visa
					<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Nativo norteamericano <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(a) de Estados Unidos <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Indocumentado(a) <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Patrocinado(a) <input type="checkbox"/> Visa
					<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Nativo norteamericano <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(a) de Estados Unidos <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Indocumentado(a) <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Patrocinado(a) <input type="checkbox"/> Visa
					<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Nativo norteamericano <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(a) de Estados Unidos <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Indocumentado(a) <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Patrocinado(a) <input type="checkbox"/> Visa
					<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Nativo norteamericano <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(a) de Estados Unidos <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Indocumentado(a) <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Patrocinado(a) <input type="checkbox"/> Visa

Complete las secciones de ingresos y gastos del hogar

INGRESOS DEL HOGAR

(Enumere todos los ingresos brutos de su familia)

Nombre de la persona que trabaja o recibe dinero	Fuente de ingresos/Nombre de la empresa	¿Con qué frecuencia? (Semanal, quincenal, dos veces al mes, mensual)	Cantidad
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

¿Es empleado(a) de Harris Health System actualmente? Sí No

En caso afirmativo, indique los ingresos que recibe de Harris Health System actualmente.

¿Es usted jubilado(a) de Harris Health System? Sí No

En caso afirmativo, indique los ingresos que reciba de Harris Health System.

¿Es empleado(a) de Harris Health System? Sí No

GASTOS DEL HOGAR

(Enumere el importe de cada gasto que usted paga. Tratándose de gastos que usted no paga, escriba "0")

GASTOS	CANTIDAD MENSUAL
Alquiler/hipoteca/vivienda	\$
Servicios de uso público (gas, agua, electricidad, teléfono, cable)	\$
Alimentos	\$
Seguro (automóvil, casa, otro)	\$
Pago de automóvil	\$
Gastos médicos	\$
Préstamos/tarjetas de crédito	\$
Otros, explique	\$
Total de gastos mensuales	\$

¿Quién pagó los gastos del hogar? Yo Persona de apoyo

Información importante para exmiembros de los servicios militares: las mujeres y los hombres que sirvieron en cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluido el Ejército, la Armada, la Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, la Reserva o la Guardia Nacional, pueden ser elegibles para recibir beneficios y servicios adicionales. Para obtener más información, visite el Portal de Veteranos de [Texas en https://veterans.portal.texas.gov](https://veterans.portal.texas.gov).

¿Es veterano(a) del ejército? Sí No¿Hay alguna embarazada? No Sí. ¿Quién? _____ Fecha de parto prevista: _____¿Alguien tiene seguro de salud? No Sí. ¿Quién? _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ Miembro n.º: _____

¿Usted o un miembro de su hogar recibe Medicare debido a una discapacidad, ELA o ESRD? No Sí. ¿Quién? _____¿Usted o algún miembro de su hogar solicitó algún beneficio del seguro social? No Sí. ¿Quién? _____ ¿Cuándo? _____¿Hay una necesidad médica? No Sí _____

Debe informar de inmediato cualquier cambio de nombre, dirección, estado civil, estado legal, ingresos, miembros del hogar y cobertura de atención médica. No informar esos cambios puede significar que pierda su asistencia de Harris Health System y que deba pagar los costos de la atención de Harris Health System. Harris Health System tiene derecho a solicitar más información.

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

AFIRMACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE

Al firmar esta solicitud de asistencia, afirmo lo siguiente:

Afirmo bajo pena de falso testimonio que la información de la solicitud y sus adjuntos es verdadera y correcta. La presente solicitud es un documento legal. Omitir información deliberadamente o dar información falsa o engañosa puede causar el cese de los servicios de Harris Health System para mí o un miembro de mi hogar/familia.

Entiendo que, si omito información deliberadamente o doy información falsa o engañosa, es posible que deba reembolsarle a Harris Health System y al estado por los servicios prestados, si se determina que no soy elegible para recibirlos.

Informaré cambios en la situación de mi hogar/familia, tales como cambios en los ingresos, en los miembros del hogar/familia y en la residencia, que afecten la elegibilidad durante el período de certificación, dentro de los 14 días posteriores al cambio.

Autorizo a que se revele toda mi información (incluida, por ejemplo, información médica y sobre ingresos) a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC), al Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DSHS) o a Harris Health System para determinar la elegibilidad, facturar o prestarme servicios a mí o a mi hogar/familia.

Entiendo que Harris Health System puede pedirme comprobantes de cualquier información incluida en esta solicitud.

Debo informarle a Harris Health System acerca de toda cobertura de seguro de salud, incluidos, entre otros, seguro de salud individual o grupal, membresía de organización de mantenimiento de la salud, Medicaid, Medicare, beneficios de la Administración de Veteranos, TRICARE y beneficios por indemnización laboral.

Debido a que los beneficios del seguro de salud pueden considerarse como la principal fuente de pago para la atención médica recibida, por el presente documento cedo a Harris Health System esos beneficios así como todo pago por beneficios y servicios recibidos de Harris Health System, y a través de este, directamente a los proveedores de servicios.

Entiendo que, para mantener la elegibilidad para el programa, deberé volver a solicitar la asistencia al menos cada doce meses y posiblemente antes si me identifican como elegible para cualquier otro tipo de asistencia externa.

Para fines de la asistencia financiera de Harris Health, soy un(a) residente de buena fe o un(a) dependiente de un(a) residente de buena fe del condado de Harris y para fines de los programas de subvenciones, soy residente de Texas. Vivo físicamente en el condado de Harris (Texas), mantengo mi residencia en el condado de Harris y no me declaro residente de otro condado ni estado.

Algunos programas brindan atención a través de proveedores aprobados por el programa. Entiendo que, para recibir beneficios de esos programas, el tratamiento debe recibirse a través de esos proveedores aprobados.

Entiendo que tengo derecho a presentar una queja relacionada con el manejo de mi solicitud, o con cualquier medida que tome el programa, ante la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC al 1-888- 388-6332.

Entiendo que recibiré documentación escrita relacionada con los servicios para los cuales mi hogar, mi familia o yo somos elegibles o potencialmente elegibles.

Salvo en raras excepciones, tengo derecho a solicitar y que me informen acerca de la información que recopila el estado de Texas. Tengo derecho a recibir y revisar la información, previa solicitud. También tengo derecho a pedirle al organismo estatal que corrija cualquier información que se determine incorrecta. Vea en <http://www.dshs.state.tx.us> las secciones §§ 552.021, 552.023 y 559.004 del Código del Gobierno de Texas.

Si le doy mi correo electrónico a Harris Health System, acepto recibir comunicaciones de Harris Health System sobre mí, el plan de asistencia financiera y la elegibilidad de mi familia/hogar. **Si le doy mi correo electrónico a Harris Health System, mantendré dicho correo electrónico actualizado.** Acepto que el correo electrónico pudiera no ser una comunicación privada entre Harris Health System y yo porque cualquier persona con acceso a mi cuenta de correo electrónico, como un familiar o empleador, puede tener acceso a esas comunicaciones.

Autorizo a la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas (TWC, Texas Workforce Commission) a revelarle a Harris Health System los registros de reclamos del seguro de desempleo, registros de sueldos o cualquier otro. Entiendo que esos son registros de un organismo estatal, y autorizo expresamente a ese organismo a revelarle esos registros a Harris Health System con el siguiente propósito: procesar mi solicitud del Programa de asistencia financiera de Harris Health. Esta autorización será válida por un período de doce meses desde su fecha de firma o hasta que la TWC reciba mi revocación por escrito. Esta divulgación se aplicará a todos los períodos de tiempo de los registros que tenga o mantenga la TWC, a menos que se limite específicamente en el presente documento.

Leí la “AFIRMACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE” Sí No

Usted, su cónyuge y todos los hijos de 18 a 26 años que viven en su casa deben firmar y fechar para obtener un Programa de Harris Health con recetas.

Su firma:	Fecha:
Firma de su cónyuge si está casado/a o en un matrimonio de derecho consuetudinario:	Fecha:
Firma de su hijo(a) de 18 a 26 años que viva en su casa:	Fecha:
Firma de su hijo(a) de 18 a 26 años que viva en su casa:	Fecha:
Firma del testigo (si alguna línea está firmada con una “X”):	Fecha: