

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 entre 18 y 26 años de edad 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>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 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 nro. 283233). Este formulario le permite a Harris Health compartir su información de salud que soliciten los fabricantes de medicamentos y firmar otros formularios que son necesarios para completar su solicitud de asistencia si usted está calificado para recibirla.

Por favor, proporcione copias de lo siguiente a Harris Health:

<p>1. Identificación suya y, si corresponde, de su cónyuge: Entregue ya sea: (1) Licencia de matrimonio/IRS 1040, si es casado/a; (2) Declaración y registro de matrimonio informal/unión libre, si el matrimonio es de unión libre; o (3) Otro comprobante de matrimonio y matrimonio de unión libre <u>Y</u> 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 actual; (4) Insignia de empleo actual del empleado; (5) Documentos de inmigración de los EE. UU.; (6) Pasaporte con fotografía; (7) Tarjeta de identificación del consulado extranjero; o (8) Carta de agencia. Si usted no tiene una de estas formas de identificación con fotografía, entregue dos de los documentos siguientes: (1) Certificado de nacimiento (no si es mujer casada); (2) Licencia de matrimonio o Declaración y registro de matrimonio informal/unión libre; (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 de tiempo completo y vivan con usted: Todos los miembros del hogar mayores de 18 años deben firmar y fechar la solicitud para que Harris Health pueda verificar los registros de empleo de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas. 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; (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) Extracto 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) Impresión 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) Certificado de nacimiento; (2) Registro bautismal; (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 Popras; (6) solicitudes de Inmigración de los EE. UU. con nombres de dependientes; (7) Decreto de divorcio o documento de manutención de menores; (8) Certificado de defunción de miembros anteriores del hogar; (9) Documentos escolares o documentos de seguros que muestren los nombres del padre y del niño; (10) Registro de nacimiento o brazalete del hospital para bebés menores de 90 días; o (11) Formulario de Verificación de Liberación (ORR UAC / R-1) para niños extranjeros no acompañados del <i>Department of Health and Human Services</i> (Departamento de Salud y Servicios Humanos) - Oficina de Reasentamiento de Refugiados - de los EE. UU.</p>
<p>5. Estado de inmigración de usted, su cónyuge y sus hijos dependientes: Proporcione documentos vigentes o vencidos de los U.S. Citizenship and Immigration Services (Servicios de ciudadanía e inmigración de los EE. UU.).</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 deudas 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, 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/GeneratePDF/StaticPdfs/es_ES/H1205_Mar2021.pdf</p>

Notice of Non-Discrimination

Harris Health System complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Harris Health System does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Harris Health System:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters; and
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters; and
 - Information written in other languages.

If you need these services, please call Harris Health's Language Access Services at 877-612-3004.

If you believe that Harris Health System has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Administrative Director – Patient Experience
Patient/Customer Relations Department
1504 Taub Loop, Houston, TX 77030
Telephone: 713-873-3939/Fax: 713-873-3166
Email: PCR@HarrisHealth.org

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Administrative Director – Patient Experience is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-612-3004.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-612-3004.

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-612-3004。

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-612-3004 번으로 전화해 주십시오.

العربية (Arabic)

تتوفر لدينا خدمات مساعدة لغوية مجانية. اتصل بنا لهذا الخدمة. 1-877-612-3004. نرجو الاتصال بنا للحصول على المساعدة.

اردو (Urdu)

اگر آپ اردو بولتے ہیں تو ہم آپ کو مفت زبان کی خدمات فراہم کر سکتے ہیں۔ براہ کرم 1-877-612-3004 پر رابطہ کریں۔

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-612-3004.

Français (French)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-612-3004.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-612-3004 पर कॉल करें।

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم میگردد. 1-877-612-3004 شماره می باشد.

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-612-3004.

ગુજરાતી (Gujarati)

સુચન: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. કૃપા કરી 1-877-612-3004.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-612-3004.

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-612-3004まで、お電話にてご連絡ください。

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດລາວ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໃດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຈະມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-877-612-3004.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

El presente es un registro oficial del gobierno. La información falsa o incompleta provista en el presente formulario puede causar una acción penal conforme a la Sección 37.10 u otras secciones 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 nro.: _____ Condado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____ Teléfono móvil: _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a En matrimonio informal/unión libre

Miembros del hogar:

Apellido	Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento	Nro. del Seguro Social	Raza	Etnia	Sexo	Emplea- do/a	Estado legal
		UNO MISMO			<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Nativa norteamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Hispánica/latina <input type="checkbox"/> No Hispánica/latina	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE. UU. <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"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Nativa norteamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Hispánica/latina <input type="checkbox"/> No Hispánica/latina	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE. UU. <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"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Nativa norteamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Hispánica/latina <input type="checkbox"/> No Hispánica/latina	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE. UU. <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"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No sabe/No contesta <input type="checkbox"/> Nativa norteamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Hispánica/latina <input type="checkbox"/> No Hispánica/latina	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE. UU. <input type="checkbox"/> Residente legal <input type="checkbox"/> Indocumentado <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Visa

Complete las secciones de ingresos y gastos del hogar

INGRESOS DEL HOGAR (Incluye todos los ingresos brutos de la familia)			GASTOS DEL HOGAR (Total de gastos mensuales del hogar)	
Nombre de la persona que trabaja u obtiene dinero.	Fuente de ingresos/Nombre de la empresa	¿Con qué frecuencia? (semanal, quincenal, mensual, bimensual) y monto	Gastos	
			Alquiler/hipoteca/vivienda	Monto mensual
		\$	Servicios públicos (gas, agua, electricidad, teléfono, cable)	\$
		\$	Alimentos	\$
		\$	Seguro (automóvil, casa, otro)	\$
		\$	Pago de automóvil	\$
¿Es empleado de Harris Health System actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique los ingresos actuales recibidos de Harris Health System.		\$	Gastos médicos	\$
		\$	Préstamos/tarjetas de crédito	\$
¿Es jubilado de Harris Health System? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique los ingresos que esté recibiendo de Harris Health System.		\$	Otros. Explique.	\$
		\$	Total de gastos mensuales	\$
¿Es ex empleado de Harris Health System? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Quién pagó los gastos del hogar? <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Persona de apoyo	

Información importante para ex miembros 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>.

¿Eres un veterano? Sí No

El Programa de asistencia financiera de Harris Health no es un plan de seguro. Harris Health no provee cobertura de seguro de salud bajo la Central Federal del Mercado de Seguros Médicos.

¿Hay alguna persona embarazada? No Sí, ¿quién? _____ Fecha de parto prevista: _____

¿Alguno tiene seguro de salud? No Sí, ¿quién? _____

Nombre de la empresa de seguros: _____ Miembro nro.: _____

¿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 ley 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 revelación de información a proveedores, contratistas, agencias estatales y federales o programas de asistencia al paciente 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 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 y al Estado 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 revelar toda la información, incluida, por ejemplo, información médica y sobre ingresos, a la Texas Health and Human Services Commission (HHSC, Comisión de Salud y Servicios Humanos), el Department of State Health Services (DSHS, Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas) de Texas, o Harris Health para determinar la elegibilidad, facturar o prestarme servicios a mí o a mi hogar/familia.
Entiendo que Harris Health puede pedirme comprobantes de cualquier información incluida en esta solicitud.
Debo informar a Harris Health 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 Veterans Administration (Administración de Veteranos), TRICARE y beneficios de indemnización laboral.
Debido a que los beneficios del seguro de salud pueden considerarse la principal fuente de pago de la atención médica recibida, por el presente documento cedo a Harris Health esos beneficios así como todo pago por beneficios y servicios recibidos de Harris Health, y a través de este, directamente a los proveedores de servicios.
Entiendo que, para mantener la elegibilidad del programa, deberé volver a solicitar la asistencia al menos cada doce meses y posiblemente antes si me identifican como elegible para cualquier tipo de asistencia externa.
Soy un/a residente de buena fe o soy un/a dependiente de un/a residente de buena fe del Condado de Harris para la Asistencia financiera de Harris Health y soy residente de Texas para los programas de subvenciones. Vivo físicamente en el Condado de Harris, mantengo mi residencia en el Condado de Harris, Texas, y no digo ser residente de otro condado o 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 por el programa.
Entiendo que tengo derecho a presentar una queja relativa al manejo de mi solicitud o a 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 relativa a los servicios para los cuales mi hogar, mi familia o yo somos elegibles o potencialmente elegibles.
Salvo 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 que es incorrecta. Vea http://www.dshs.state.tx.us ; Código del gobierno de Texas: §§ 552.021, 552.023 y 559.004.
Si le proveo mi dirección de correo electrónico a Harris Health, acepto recibir comunicaciones de Harris Health por correo electrónico sobre mí y el plan de asistencia financiera y elegibilidad de la familia / hogar. Si le proveo mi dirección de correo electrónico a Harris Health, mantendré dicha dirección actualizada. Acepto que el correo electrónico no puede ser una comunicación privada entre Harris Health 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 (<i>Texas Workforce Commission, TWC</i>) a revelar a Harris Health los registros de reclamos del seguro de desempleo, del registro de sueldos u otro registro. Entiendo que esos son registros de un organismo estatal, y autorizo expresamente a ese organismo a revelar esos registros a Harris Health 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 la fecha de la firma del presente o hasta que la TWC reciba mi revocación por escrito. Esa revelación 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 unión libre:	Fecha:
Firma de su hijo/a de 18 a 26 años de edad que viva en su casa:	Fecha:
Firma de su hijo/a de 18 a 26 años de edad que viva en su casa:	Fecha:
Firma del/de la testigo (si alguna línea está firmada con una "X"):	Fecha: