

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 nro. 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 <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) Placa 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, o (9) tarjeta de Enhanced+ de identificación con foto de la biblioteca pública actual. 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: 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. 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) 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) 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 Propas; (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 (Citizenship and Immigration Services).</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, 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 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: PatientRelations@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/ocrportal/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)

التوعية المساعدة خدمات فلان، اللغة انكر تحدثت كنت اذا ملحوظة-1-877-612-3004 (رقم برقم التمسك بالمجان لك تتوافر

اردو (Urdu)

کال۔ بیس دستیاب میں مفت خدمات کی مدد کی زبان کو آپ کو۔ بیس بولنے اردو آپ اگر: خبردار کریں 1-877-612-3004

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari 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 تماس بگیرند. 1-877-612-3004 فراهم می باشد. یا

Deutsch (German)

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

ગુજરાતી (Gujarati)

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 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)

ໄປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໄດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-877-612-3004.

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 nro.: _____ Condado: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____
 Dirección de correo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____ Teléfono móvil: _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Casado/a por derecho consuetudinario/ informal

Miembros del hogar:

Apellido(s)	Primer nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Nro. de seguro social	Raza	Etnia	Sexo	Trabaja	Situación jurídica
		SOLICITANTE			<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"/> Islaña del pacífico	<input type="checkbox"/> Hispana/latina <input type="checkbox"/> No Hispana/latina	<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"/> 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"/> Islaña del pacífico	<input type="checkbox"/> Hispana/latina <input type="checkbox"/> No Hispana/latina	<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"/> 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"/> Islaña del pacífico	<input type="checkbox"/> Hispana/latina <input type="checkbox"/> No Hispana/latina	<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"/> 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"/> Islaña del pacífico	<input type="checkbox"/> Hispana/latina <input type="checkbox"/> No Hispana/latina	<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"/> 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"/> Islaña del pacífico	<input type="checkbox"/> Hispana/latina <input type="checkbox"/> No Hispana/latina	<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"/> 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"/> Islaña del pacífico	<input type="checkbox"/> Hispana/latina <input type="checkbox"/> No Hispana/latina	<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"/> 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"/> Islaña del pacífico	<input type="checkbox"/> Hispana/latina <input type="checkbox"/> No Hispana/latina	<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"/> 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"/> Islaña del pacífico	<input type="checkbox"/> Hispana/latina <input type="checkbox"/> No Hispana/latina	<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"/> 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"/> Islaña del pacífico	<input type="checkbox"/> Hispana/latina <input type="checkbox"/> No Hispana/latina	<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"/> 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"/> Islaña del pacífico	<input type="checkbox"/> Hispana/latina <input type="checkbox"/> No Hispana/latina	<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 (Incluye todos los ingresos brutos de la 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 ex empleado/a de Harris Health System? Sí No

GASTOS DEL HOGAR (Total de gastos mensuales del hogar)	
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>.

¿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 nro.: _____
 ¿Usted o un miembro de su hogar recibe Medicare debido a una discapacidad, ALS 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 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 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: