

## Solicitud de Inscripción al Programa

First Name, Last Name  
 Mailing Address  
 City, State, Zip Code

MR#  
 Date Printed

Por favor complete toda la información que se le solicita. Si su información ha sido pre-ingresada, por favor revísela y haga las correcciones que sean necesarias. Trace una línea a través de cualquier información incorrecta y agrega la información correcta o incompleta.

### Información del Hogar

La palabra “hogar” se refiere a: usted, su esposo(a), sus hijos y cualquier otra persona que viva con usted con quien tenga una relación legal. No es necesario que incluya información sobre las personas que viven con usted pero que no forman parte de su “hogar”.

NOMBRE (Apellido, Primer, Segundo)	Fecha de Nacimiento	Relación	Estado de Residencia en EE.UU.	Número de Seguro Social o ITIN (Número de identificación tributario)	Idioma preferido
		<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Niño(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Residente legal permanente <input type="checkbox"/> No es ciudadano estadounidense o residente legal permanente		
		<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Niño(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Residente legal permanente <input type="checkbox"/> No es ciudadano estadounidense o residente legal permanente		
		<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Niño(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Residente legal permanente <input type="checkbox"/> No es ciudadano estadounidense o residente legal permanente		
		<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Niño(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Residente legal permanente <input type="checkbox"/> No es ciudadano estadounidense o residente legal permanente		
		<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Niño(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Residente legal permanente <input type="checkbox"/> No es ciudadano estadounidense o residente legal permanente		

<b>NOMBRE</b> (Apellido, Primer, Segundo) Incluya a todas las personas enumeradas en la primera página	<b>Raza</b>	<b>Descripción Étnica</b>	<b>Sexo</b> (en su acta de nacimiento)	<b>Identidad de Género</b>
	<input type="checkbox"/> Indígena asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otra asiática <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No reportada/Elige no responder	<input type="checkbox"/> Origen no hispano/latino/español <input type="checkbox"/> Mexicana/mexicano-americana/chicana <input type="checkbox"/> Puertorriqueña <input type="checkbox"/> Cubana <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no responder Desconocida	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculina <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/ Masculino transgénero/ Transmasculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/ Femenina transgénero/ Transfemenina <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Elige no responder <input type="checkbox"/> Desconocida
	<input type="checkbox"/> Indígena asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otra asiática <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No reportada/Elige no responder	<input type="checkbox"/> Origen no hispano/latino/español <input type="checkbox"/> Mexicana/mexicano-americana/chicana <input type="checkbox"/> Puertorriqueña <input type="checkbox"/> Cubana <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no responder Desconocida	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculina <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/ Masculino transgénero/ Transmasculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/ Femenina transgénero/ Transfemenina <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Elige no responder <input type="checkbox"/> Desconocida
	<input type="checkbox"/> Indígena asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otra asiática <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No reportada/Elige no responder	<input type="checkbox"/> Origen no hispano/latino/español <input type="checkbox"/> Mexicana/mexicano-americana/chicana <input type="checkbox"/> Puertorriqueña <input type="checkbox"/> Cubana <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no responder Desconocida	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculina <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/ Masculino transgénero/ Transmasculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/ Femenina transgénero/ Transfemenina <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Elige no responder <input type="checkbox"/> Desconocida
	<input type="checkbox"/> Indígena asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otra asiática <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No reportada/Elige no responder	<input type="checkbox"/> Origen no hispano/latino/español <input type="checkbox"/> Mexicana/mexicano-americana/chicana <input type="checkbox"/> Puertorriqueña <input type="checkbox"/> Cubana <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no responder Desconocida	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculina <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/ Masculino transgénero/ Transmasculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/ Femenina transgénero/ Transfemenina <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Elige no responder <input type="checkbox"/> Desconocida
	<input type="checkbox"/> Indígena asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otra asiática <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Más de una raza	<input type="checkbox"/> Origen no hispano/latino/español <input type="checkbox"/> Mexicana/mexicano-americana/chicana <input type="checkbox"/> Puertorriqueña <input type="checkbox"/> Cubana <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no responder Desconocida	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculina <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/ Masculino transgénero/ Transmasculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/ Femenina transgénero/ Transfemenina <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Elige no responder

No reportada/Elige no responder

 Desconocida

*Residencia: Si usted, el aplicante, actualmente está sin hogar, por favor ingrese la ubicación donde usted duerme en la noche. En el cuadro que pide una dirección física, usted puede usar la intersección de las calles o el albergue donde usted duerme. Usted también debe incluir la ciudad, condado, y código postal donde duerme; si usted desconoce el código postal, use el 78701.*

¿Actualmente no tiene hogar?  Sí  No

Dirección Física (Calle solamente, no apartado postal)	Apto. #	Ciudad	Código Postal	Condado
Dirección Postal, si es diferente al anterior (calle o apartado postal)				
Número de Teléfono de Casa		Número de Teléfono Celular		
Dirección de correo electrónico		*Acepto recibir mensajes de texto <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
		*Acepto recibir mensajes de correo electrónico <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

\*Comprendo que al brindar mi consentimiento para recibir mensajes de texto y/o correos electrónicos en la sección anterior, existen riesgos asociados con el envío de mensajes de texto y correos electrónicos no cifrados, y doy mi consentimiento para recibir información de Central Health relacionada con la programación de mis citas, el estado de mi aplicación, renovaciones, y cambios a la cobertura y/o servicios del programa.

Por favor responda todas las preguntas de esta solicitud.

1. ¿Cuál es su estado civil?

 Soltero/a

 Casado/a/unión libre

 Divorciado/a

 Separado/a

 Viudo/a

2. ¿Está usted o alguien en su hogar embarazada?  Sí  NO

Si SÍ, ¿Quién? \_\_\_\_\_

3. ¿Alguien en su hogar ha recibido algún ingreso en las últimas 30 días?  SÍ  NO

Si SÍ, apunte los ingresos de su hogar a continuación. Asegúrese de incluir: Cheques del gobierno; ingresos de trabajo o entrenamiento; ingresos del patrocinador; manutención de menores; y pagos por desempleo.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Tipo de ingresos recibidos	Cantidad <b>bruta</b> recibida (antes de las deducciones de impuestos)	¿Con que frecuencia lo recibe?	Número de teléfono del empleador
	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Negocio propio <input type="checkbox"/> Beneficios del seguro social <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo <input type="checkbox"/> Otros		<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	
	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Negocio propio <input type="checkbox"/> Beneficios del seguro social <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo <input type="checkbox"/> Otros		<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	
	<input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Negocio propio <input type="checkbox"/> Beneficios del seguro social <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo <input type="checkbox"/> Otros		<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente	

**4. ¿Usted o alguien en su hogar tiene cobertura de atención médica?**  Sí  NO

Si **SÍ** - Elija qué cobertura de atención médica y escriba el(los) nombre(s) de todos los miembros del hogar con seguro

<input type="checkbox"/> MAP o MAP Basic	¿Quién?
<input type="checkbox"/> Medicare	¿Quién?
<input type="checkbox"/> Medicaid	¿Quién?
<input type="checkbox"/> CHIP	¿Quién?
<input type="checkbox"/> CHIP Perinatal	¿Quién?
<input type="checkbox"/> ACA	¿Quién?
<input type="checkbox"/> Seguro Médico Privado	¿Quién?

**5. ¿Usted o su familia se mudaron al Condado de Travis solamente con el propósito de obtener asistencia médica?**

Sí  NO  Vivo fuera del condado de Travis

**6. ¿Usted o alguien en su hogar ha sido declarado discapacitado a través de la Administración del Seguro Social?**

Sí  NO Si Sí, ¿Quién? \_\_\_\_\_

**7. ¿Ha solicitado beneficios de desempleo a través de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas?**

Sí  NO Si Sí, ¿Quién? \_\_\_\_\_

**8. ¿Si se inscribe en MAP o MAP Basic, ¿Cuál red de clínicas le gustaría usar?**

CommUnity Care  Lone Star Circle of Care  People's Community Clinic  
 UT School of Nursing  No Preference

**RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE**

Los programas de Central Health ayudan a las personas a obtener acceso a cuidados médicos pagando o brindando ciertos servicios de atención médica. Su posibilidad de calificar para MAP o MAP Basic como miembro o el Programa de Asistencia Financiera de Central Health (CHFA por sus siglas en inglés) o el Programa de Justicia Involucrada (JIH por sus siglas en inglés) como uno de sus pacientes ("Programas de Central Health", y cada uno un "Programa") depende de factores como sus ingresos, el lugar donde usted vive, la disponibilidad de otras coberturas de seguro médico y la existencia de otras fuentes de pago para obtener cuidados médicos. Sin embargo, su etnicidad, raza, religión, creencias, país de origen, sexo, condiciones incapacitantes, orientación sexual, o ideología política no será tomada en consideración y no afectará su elegibilidad para estos Programas.

Mi firma a continuación indica que todas las declaraciones que he hecho en relación con mi aplicación para los programas de Central Health, incluyendo todas las respuestas acerca de mis ingresos, condado en el que vivo, y otras fuentes de pago, son reales y verdaderas según mi leal saber y entender. Entiendo que debido a que mi elegibilidad para estos Programas depende de mis respuestas a estas preguntas, cualquier omisión, incumplimiento o negativa en proporcionarle a Central Health la información requerida, o proporcionar información falsa o engañosa en respuesta a las preguntas de elegibilidad, podría resultar en que Central Health cancele mi participación en los programas de Central Health y busque recuperar cualquier pago que haya hecho en mi nombre para la obtención de cuidados médicos.

Por este medio acuerdo notificar a Central Health de cualquiera de los cambios de vida listados a continuación dentro de los siguientes 14 días después la fecha en que ocurra dicho cambio:

- |   |   |
|---|---|
| a. Cualquier cambio en mi dirección postal o número de teléfono   | e. Inscripción en Medicaid, CHIP, Medicare, o cualquier otro seguro médico privado, o ser notificado que califico para algún programa de cobertura que puede pagar mis cuidados médicos |
| b. Cualquier cambio en la dirección de mi residencia  |   |
| c. Cualquier cambio de ingresos que afecte mi elegibilidad  |   |
| d. Cualquier cambio en el número de personas que viven en mi hogar, incluyendo si un miembro de hogar se embaraza |   |

Si Central Health identifica algún cambio no reportado aplicable a mi elegibilidad para el Programa, entiendo que mi participación en el Programa puede cancelarse y que Central Health puede tomar cualquier otra acción dentro de su autoridad, incluida la presentación de cargos civiles o penales en mi contra.

Comprendo que mi inscripción en los programas de Central Health está condicionada a mi acuerdo para permitir que Central Health verificar las declaraciones que he hecho en relación con mi aplicación para obtener los beneficios de estos Programas, y que el estado de mi inscripción podría seguir estando pendiente hasta que se haga esta verificación y se obtenga confirmación de una fuente confiable (por ejemplo, la Administración del Seguro Social o la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas). Además, también comprendo y acepto que Central Health puede solicitar que yo pague una porción del costo de mis cuidados médicos, y recuperar cualquier pago que haya hecho por mis cuidados médicos a una tercera parte, en caso yo hubiera presentado un reclamo por daños por lesiones personales.

**Uso de Documentos de Elegibilidad.**

Si no soy elegible para inscribirme en MAP o MAP Basic y actualmente estoy inscrito en el programa de escala móvil de tarifas de CommUnityCare, doy mi consentimiento para que CommUnityCare comparta la información y los documentos de mi hogar con Central Health ("Información de inscripción"). Además, doy mi consentimiento para que Central Health use y confíe en mi información de inscripción para determinar mi elegibilidad para su Programa de Asistencia Financiera de Central Health.

**Consentimiento a mensajes de textos y correos electrónicos.**

Comprendo que, si en mi aplicación yo acepté recibir mensajes de texto o correos electrónicos relacionados con los beneficios de este programa, también automáticamente *acepté* recibir información de Central Health relacionada con la programación de mis citas, el estado de mi aplicación, renovaciones, y cambios a la cobertura y/o beneficios del programa, además de otra información importante que puede ser enviada por medio de mensajes de texto o correos electrónicos. Comprendo que hay riesgos asociados con el envío de mensajes de texto y correos electrónicos no cifrados y que cualquier persona que tenga acceso a mi cuenta de correo electrónico o a mi celular (tal como un miembro de mi familia o mi empleador), podrá tener acceso a estas comunicaciones. Además, también comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización para recibir mensajes de texto o de correo electrónico de Central Health en cualquier momento, enviando una solicitud firmada a Central Health.

**Autorización de verificación de terceros.**

Con mi firma a continuación, autorizo a mi empleador, la Administración del Seguro Social, la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, el Departamento de Servicios de la Salud del Estado de Texas, y la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas a liberar los expedientes relacionados con mis beneficios, inscripción, reclamos, salarios, y cualquier otro registro a Central Health. Comprendo que esta autorización tendrá una vigencia por un período de 12 meses a partir de la fecha en la que yo firme este formulario de Responsabilidades del Aplicante o hasta que yo revoque esta autorización por medio de una solicitud firmada enviada a Central Health.

<b>Nombre en letra de molde de solicitante</b>	<b>Firma del Solicitante</b>	<b>Fecha</b>
<b>Nombre en letra de molde de esposo/a o cónyuge</b>	<b>Firma de esposo/a o cónyuge</b>	<b>Fecha</b>
<b>Nombre en letra de molde del representante del solicitante</b>	<b>Firma del Solicitante/Representante Personal</b>	
<b>Relación del representante con el solicitante</b>	<b>Fecha</b>	

A continuación, hay instrucciones sobre como completar el proceso de solicitud.

- 1. Si está completando una solicitud en blanco, por favor responda todas las preguntas de la solicitud.**
- 2. Si le enviaron una solicitud por correo con las respuestas ya completas, lea todas las respuestas impresas**
  - Si algo no es correcto, trace una línea a través de cualquier información incorrecta y escriba la información correcta.
  - Si la pregunta está en blanco, proporcione una respuesta
  - Si la pregunta no aplica a usted, escriba N/A. Por favor no deje la pregunta en blanco.
- 3. Proporcione una copia (no envíe originales) de lo siguiente:**
  - Una identificación con foto para todos los adultos en el hogar, tales como** la licencia de conducir, identificación con foto, pasaporte o tarjeta de pasaporte, identificación de estudiante, tarjeta de autorización de empleo, tarjeta de Residencia de los Estados Unidos I-551, I-94 con foto, etc. Si está solicitando el Programa de Asistencia Financiera de Central Health (CH FA por sus siglas en ingles), por favor envíe solo la identificación del solicitante.
  - Uno de los siguientes documentos para todos los miembros del hogar:** Acta de nacimiento, certificado de naturalización, visa/pasaporte, I-551 tarjeta de Residencia de los Estados Unidos, I-94, registro bautismal, tarjeta de registro de votante, tarjeta de cruce de fronteras BCC. Si está solicitando el Programa de Asistencia Financiera de Central Health (CH FA por sus siglas en ingles), por favor envíe solo la información del solicitante.
  - Comprobante de domicilio con fecha de los últimos 30 días, tales como:** Correo postal con matasellos, factura de electricidad, teléfono o gas del ciclo de facturación más reciente, contrato de arrendamiento, recibo de alquiler, recibo de impuestos de la propiedad, declaración del arrendador, dueño o gerente de la casa
  - Comprobante de ingresos recibidos en los últimos 30 días para todos los adultos del hogar, tales como:** Talones de cheques, carta de beneficios de desempleo, carta de beneficios del año actual de beneficios de Seguro Social, beneficios de la Administración de Veteranos, carta de beneficios de jubilación, carta indicando contribuciones en efectivo, recibos de manutención infantil o copia de los pagos recibidos de la agencia de Relaciones Domésticas, comprobante del monto de TANF recibido, talones de cheques de compensación del trabajador o carta de beneficios
  - Tarjetas o carta de identificación del seguro médico para todos los miembros del hogar con seguro médico, tales como:** Tarjeta de Medicare, tarjeta de seguro médico privado, tarjeta de Medicaid/CHIP o carta de HHSC de beneficios de Medicaid/CHIP del mes actual
- 4. Cada miembro adulto del hogar debe firmar y fechar el formulario de Responsabilidades del Solicitante**
- 5. Envíe su solicitud y documentos**
  - Por correo en el sobre proporcionado
  - Por fax al: 512-776-0457 **Si utiliza FAX, asegúrese de enviar ambos lados de la aplicación**
  - Entregue los documentos en el buzón ubicado en el Centro de Salud y Bienestar del Sureste o el Centro de Recursos de Salud del Noreste de Central Health

**Si tiene alguna pregunta, por favor llame a nuestro centro de navegación de Central Health al 512-978-8130 de lunes a viernes 8:00-5:00.**