

Paris-Lamar County Health Department

Health Care Assistance Application

Please complete every gray area.

Must renew annually.



Solicitud de Asistencia del Cuidado de la Salud

Por favor complete todas las zonas grises.

Debe renovar anualmente.

I understand that I **MUST** submit a completed application for eligibility determination AND bring ALL the required proof BEFORE I can be screened and determined eligible for any reduced office visits or lab.

Proof Needed to Bring to Clinic

For Family Composition – (if questionable)

1 of the following may be provided on EACH person in the household:

- Birth Certificate** are documents to prove family relationship
 - Baptismal Certificate
 - School Shot Records**
 - Passport / Permanent Resident Card / Green Card
 - Marriage License / Divorce Decree**
 - Other-explain: _____
- Are any children on: Medicaid Chips Private Insurance (if yes, then get a copy of card)

For Residency Proof –

Must be Texas resident and 1 of the following may be provided:

- Valid **Texas Drivers License showing current address**
- Current Voter Registration Card
- Utility receipts for 1 month prior to the month of application showing current address**
- Motor vehicle registration
- School records
- Medical cards or other similar benefit cards
- Property tax receipt
- Mail addressed to the applicant, his/her spouse, or children if they live together**
- Rent receipts **for one month prior to the month of application, showing renter's name, address, and the landlord's name, address, and telephone number.**

For Income Requirements –

All (if applicable) of the following items are required:

- If SELF-EMPLOYED -**
Last year's ENTIRE income tax return showing deductions taken
OR 1 month of income verification on form # 149, AND then give several extra copies of form # 149 to document the next 6 months income AND set up return appointment to certify any continuation of coverage on PHC program.
- Copies of the **3 most recent, consecutive paycheck stubs, (including Social Security, Retirement, Workers Compensation and/or Disability), UNLESS paid monthly, then only the latest paycheck or stub for the entire month.**
- Employer's written verification of gross monthly income statement.**
- Child support printout showing amount paid OR received and when.**
- Unemployment benefits statement or letter from Texas Workforce Commission**
- Award letters, court orders, or public decrees to verify support payments
- Notes for **cash contributions.**
- Dependent **childcare expense** letter showing amount paid, dates, child's name, age of child, and caregiver must sign, date, show address and telephone number.
- Monthly employee earning statement.
- Letter of support (legally responsible for patient)

If no immediate medical need and no income, then you may be referred to CIHC to see if you qualify.

- CIHC Denial letter / CIHC Out-of-Funds letter

Prueba necesaria

Para Composición de la familia -

Una de las siguientes puede ser utilizado para cada persona en el casa:

- Certificado de Nacimiento son documentos que prueben la relación familiar
- Certificado de Bautismo
- Tarjeta de vacunas de la escuela
- Pasaporte / Tarjeta de Residente Permanente / Tarjeta verde
- licencia de matrimonio / licencia de divorcio
- Otro (explique): _____
- ¿Hay niños en: Medicaid Chips Seguro Privado

Para Prueba de Residencia –

Debe ser residente de Tejas y uno de los siguientes es necesario:

- Válido Licencia de Conducir de Tejas que muestra su dirección
- Actual Tarjeta de Registro electoral
- Recibos de servicios públicos por 1 mes antes de aplicar que muestra su dirección
- La matriculación de vehículos
- Registros de la escuela
- Tarjetas médicas, o otras tarjetas de beneficio similares
- Recibo del impuesto de propiedad
- Correo dirigido a la solicitante, su cónyuge o sus hijos si viven juntos
- Declaración del propietario indicando el nombre y la dirección de inquilino o
- Recibos de la renta un mes antes del mes de aplicación

Requisitos de ingresos –

Todos (si aplicable) de los siguientes elemento son necesarios:

Requerimientos de ingresos

- Si usted trabaja independiente -
Regreso de impuestos de año pasado, que muestra la deducciones o 1 mes de verificación de ingresos en el formulario #149, y dar extra copias adicionales de la forma # 149 para documentar los ingresos para los próximos 6 meses y hacer una cita para volver a certificar cualquier continuación de el programa de atención primaria de salud.
- 3 Copias de los cheques de pago mas recientes, seguro social, retiramiento, discapacidad, y compensación de trabajo, deben ser consecutivos, a menos que se paga mensualmente, entonces sólo el último cheque de pago o talón. Carta de verificación del empleador del ingresos mensuales brutos.
- Carta del Seguro Social, Jubilación, y / o discapacidad
- Carta de manutención de los niños que indique el dinero pagado o recibido y cuándo
- Carta de apoyo.
- Carta de prestaciones de la Comisión Laboral de Tejas.
- Carta de adjudicación, órdenes judiciales o decretos pública para verificar los pagos de manutención
- Notas para las contribuciones en efectivo.
- Letra de los gastos para guardería que indique el dinero pagado, fecha, nombre del niño(s), edad del niño(s), y el cuidador tiene que firmar, fecha, dirección y número de teléfono.
- Empleados estado de ganancias mensuales.

Si no tiene necesidad médica y no tiene ingresos entonces devera ser referido a CIHC para ver si califica.

- carta de CIHC que a sido negada/ Carta CIHC que no tienen fondos.

FUNDING SOURCE – Application for Health Care Assistance

FUENTE DE FONDOS DEL DSHS – Solicitud de asistencia médica

Form approved by Gina Baber on 02-14-2013

Applicant Information / Información del solicitante

Patient First Name Primer Nombre del paciente	Middle Name Segundo nombre	(Maiden Name) Apellido (el apellido del padre)	Last Name = Married Name Nombre de casada
Texas Residence Address (Street or P.O. Box) Dirección de Residencia de Tejas (Calle o P.O. Caja)	City Ciudad	County Condado	State Estado
			ZIP Zona Postal
			Home Telephone Number Teléfono de la casa
			Texas

Household Information - Fill in the first line with information about PATIENT. Fill in the remaining lines for everyone who lives in the house with you for which you are legally responsible. **Información de la unidad familiar - Llene la primera línea con información acerca del PACIENTE.** Llene las líneas restantes acerca de todos que viven con usted, y es legalmente responsable.

Name (Last, First, Middle) Nombre (Apellido, primero, Segundo)	What Relation to you? ¿Parentesco con usted?	Date of Birth Fecha de nacimiento	Age Edad	Sex / Sexo Female / Male Mujer / Hombre	Race Raza	Social Security # Nombre del Seguro Social	Full-Time Student No or Yes – Where Estudiante de tiempo completo, si o no – donde	U.S. Citizen Ciudadano estadounidense
1.	Patient / Paciente						No Yes/ Sí = _____	Yes/ Sí or No
2.							No Yes/ Sí = _____	Yes/ Sí or No
3.							No Yes/ Sí = _____	Yes/ Sí or No
4.							No Yes/ Sí = _____	Yes/ Sí or No
5.							No Yes/ Sí = _____	Yes/ Sí or No
6.							No Yes/ Sí = _____	Yes/ Sí or No
7.							No Yes/ Sí = _____	Yes/ Sí or No

Are you pregnant? ¿ Está embarazada ?

Yes/ Sí

No

List all of your household's income below. Be sure to include the following: Child Support, Government checks (including military pay, retirement, pensions and annuities, unemployment, social security); money from work; money you collect from charging room and board; cash gifts, loans (non-educational), or contributions from parents, relatives, friends, and others; sponsor's income. / Lista de todos los ingresos de su hogar a continuación. Asegúrese de incluir los siguientes: Apoyo al Niño, los controles del gobierno (incluyendo el pago militar, jubilaciones, pensiones y rentas vitalicias, el desempleo, seguridad social), dinero del trabajo, el dinero que obtenemos de carga alojamiento y comida, regalos en efectivo, préstamos (no educativos), o las contribuciones de los padres, parientes, amigos, y otros; los ingresos del patrocinador.

Employer's Name or Name of agency, person who provides the money? ¿Nombre del patrón, la persona o la agencia que paga el dinero?	Employee Name or Name of person receiving money? ¿Nombre de la persona que recibe el dinero? First and Last Name:	Amount received BEFORE any deductions? La cantidad recibida ANTES de deducciones?	How often received? (daily, weekly, every two weeks, monthly?) ¿Con qué frecuencia lo recibe? (¿diariamente, por semana, cada quincena, una vez al m
		\$	
		\$	
		\$	

Do you have an immediate medical need?

¿Tiene usted una necesidad médica inmediata?

Yes/ Sí

No

Do you, or does anyone in your household, have health care coverage (Medicaid, Medicare, CHIP, health insurance, V. A., Tricare, etc.)?

If Yes,? **Name of Person:** _____ **and circle which coverage listed above.**

¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar la cobertura médica (Medicaid, Medicare, CHIP, seguro médico, V. A., Tricare, etc.)?

Si contesta "Sí," Circule "cual cobertura" Nombre de las persona: _____

Yes/ Sí

No

Do you – does any one in your household – have any special circumstances? If yes, who? **Name of Person:** _____

¿Usted o alguien en su casa – tiene alguna circunstancia especial ? Si contesta "Sí," ¿ quién? Nombre de las persona: _____

Yes/ Sí

No

The statements I have made, including my answers to all questions, are true and correct to the best of my knowledge and belief. I agree to give eligibility staff any information necessary to prove statements about my eligibility. I understand that giving false information could result in disqualification and repayment.

A mi leal saber y entender, las declaraciones que he hecho, y mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas. Me comprometo a dar al personal que verifica la elegibilidad toda la información necesaria para comprobar mis declaraciones sobre la elegibilidad. Yo entiendo y acepto que al proporcionar información falsa puede resultar que yo no califique y que tenga que devolver el pago al Programa.

X) _____ Signature – Applicant / Patient unless minor, then parent sign. Firma – Solicitante / Paciente, si es menor, firma del padre.	_____/_____/_____ Date	(X) _____ Signature – Spouse Firma – Esposo/a	_____/_____/_____ Date
Signature – Person Who Helped Complete this Application Firma – Persona que ayudo completar esta aplicacion		Relation to Client Relacion al Cliente	Date / Fecha

APPLICATION FOR HEALTH CARE ASSISTANCE

1. Complete your name and address;
2. Sign and date the application; and
3. Answer as many questions as you can on this application

Turn in or mail back your application today even if you cannot answer all the questions.

YOUR RESPONSIBILITIES

Applicants are responsible for completing page one of the screening and eligibility form for medical services assistance.

Applicants are responsible for providing documents requested by the contractor. Examples of some of the items you may be asked to prove and documents you can use for proof are:

Where You Live and Plan to Continue Living

- Possible Proof: Valid Texas Drivers License
- Current voter registration
- Rent or utility receipts for one month prior to the month of application
- Motor vehicle registration
- School records
- Medical cards or other similar benefit cards
- Property tax receipt
- Mail addressed to the applicant, his/her spouse, or children if they live together
- Other documents considered valid by the contractor

Your Income

- Possible Proof: Pay check stubs
- Pay checks
- W-2 tax forms or income tax returns
- Sales records
- Statements from employers
- Award letters
- Legal documents
- Statements from persons giving you money

Other Health Care Coverage

- Possible Proof: Award or claim letters
- Insurance policies
- Court documents
- Other legal papers

Information on social security numbers should be given if this information is available. Information on sex (Male/Female) is voluntary. These types of information will not affect your eligibility.

You must give information about health care insurance and any other third party financially liable for health care services.

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ATENCIE

1. Su nombre y dirección;
2. Firmar y fechar la tercera página de la solicitud; y
3. Conteste tantas preguntas que pueda sobre esta solicitud

Entregue su solicitud, o échela al correo, hoy mismo aun si no ha podido contestar todas las preguntas.

SUS RESPONSABILIDADES

Los solicitantes son responsables de completar primera página de la investigación y la elegibilidad forma para la ayuda médica de servicios.

Los solicitantes son responsables de proporcionar documentos solicitados por el contratista. Ejemplos de algunos de los artículos usted puede ser pedido demostrar y le documenta puede utilizar para la prueba son:

Donde Usted Vivey el Plan a Seguir Viviendo

- Posibles Pruebas: Licencia de conducir válida de Texas
- Actual de registro de votantes
- Recibos de alquiler o la utilidad de un mes antes del mes de aplicación
- Registro de vehículos de motor
- Registros escolares
- Tarjetas de medicos u otros beneficios similares tarjetas Impuesto sobre bienes inmuebles
- la recepción o correo dirigido a la solicitante, su cónyuge, o si los niños que viven juntos
- Otros documentos considerados válidos por el contratista

Sus Ingresos

- Posibles Pruebas: Talones del cheques de pago
- Cheques de pago
- W-2 formularios de impuestos o de impuestos
- Historiales de ventas
- Declaraciones de los empleadores
- Cartas de adjudicación
- Documentos legales
- Las declaraciones de las personas o dando dinero

Otras Coberturas de atención Médica

- Posibles Pruebas: Premio o reclamación cartas
- Pólizas de seguros
- Los documentos de la corte
- Otros documentos legales

Información sobre números de seguridad social debe darse si se dispone de esa información. Información sobre el sexo (hombres / mujeres) es voluntario. Estos tipos de información no afectará su elegibilidad .

Usted debe dar información sobre la atención de la salud de seguros y cualquier otro tercero financieramente responsable de los servicios de atención médica

By signing this application for assistance, I affirm the following:	Al firmar esta solicitud para recibir asistencia, yo afirmo lo siguiente:
The information on the application and its attachments is true and correct. This application is a legal document. Deliberately omitting information or giving false information may cause the Provider to terminate services to a member of my household/family or me.	La información escrita en la solicitud y en sus anexos es verdadera y correcta. Esta solicitud es un documento legal. El deliberadamente omitir información o el proporcionar información falsa podría dar lugar a que el Proveedor cancele los servicios a uno de los miembros de mi hogar, de mi familia o los míos propios.
If I omit information, fail or refuse to give information, or give false or misleading information about these matters, I may be required to reimburse the State for the services rendered if I am found to be ineligible for services. I will report changes in my household/family situation that affect eligibility during the certification period (changes in income, household/family members, and residency).	Si yo omito información, dejo de proporcionar o me niego a proporcionar información o; proporciono información falsa o engañosa acerca de estos asuntos, podría requerirse que reembolse al Estado el costo de los servicios recibidos, si acaso se determina que no califico para los servicios. Yo reportaré los cambios en la situación de mi hogar, de mi familia, que afecten la elegibilidad durante el período de certificación (cambios en el ingreso, en los miembros del hogar, en la familia y, cambios de residencia.)
I authorize release of all information, including but not limited to, income and medical information, by and to the Texas Department of State Health Services (DSHS) and Provider in order to determine eligibility, to bill, or to render services to my household/family or me.	Yo autorizo la divulgación de toda la información, incluyendo pero no limitada a, el ingreso y a la información médica, de parte de y para, el <i>Texas Department of State Health Services (DSHS) [Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas]</i> y, al Proveedor para poder determinar la elegibilidad, para poder cobrar o, proporcionar servicios en mi hogar, a mi familia o, a mí personalmente.
I understand I may be asked by Provider to provide proof of any of the information provided in this application.	Entiendo y acepto que podría pedirme el Proveedor que proporcione comprobantes de cualquiera de la información proporcionada en esta solicitud.
Health insurance coverage, including but not limited to individual or group health insurance, health maintenance organization membership, Medicaid, Medicare, Veterans Administration benefits, Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services (CHAMPUS), and Worker's Compensation benefits, must be reported to Provider. Benefits from health insurance may be considered the primary source of payment for health care received. I hereby assign to Provider any such benefits. I also assign payment for benefits and services received from and through Provider directly to the service providers.	La cobertura de seguro de salud, incluyendo pero no limitada a seguro para un individuo o seguro de salud para un grupo de personas; los de membresía proporcionados por organizaciones para el mantenimiento de la salud [como HMO], <i>Medicaid, Medicare;</i> beneficios de la <i>Veterans Administration;</i> de la CHAMPUS y <i>Worker's Compensation [beneficios de Compensación Laboral]</i> , deben ser reportados al Proveedor. Los beneficios provenientes de esos seguros de salud pudieran ser considerados como la fuente principal de pago de la atención de salud recibida. Por este medio yo, asigno al Proveedor cualquiera de dichos beneficios. También asigno el pago de los beneficios y servicios recibidos de parte de y, a través del Proveedor, directamente a los proveedores de servicios.
I understand that, to maintain program eligibility, I will be required to reapply for assistance at least every twelve months.	Yo entiendo y acepto que, para mantener la elegibilidad para el programa, se me va a requerir que vuelva a solicitar para recibir asistencia, por lo menos cada doce meses.
I am a bona fide resident of Texas or a dependent. I physically live in Texas, maintain living quarters in Texas, and do not claim to be a resident of another state or country, or am a dependent of a bona fide Texas resident.	Soy residente legítimo de Texas o bien, dependiente del territorio. Yo vivo físicamente en Texas, mantengo residencia en Texas y, no afirmo ser residente de otro estado o país o bien, soy un dependiente de un residente legítimo de Texas.
Some programs provide care through program-approved providers. I understand that, to receive benefits from such programs, treatment must be received through those program-approved providers.	Algunos programas proporcionan atención a través de proveedores aprobados por los programas. Yo entiendo y acepto que, para recibir beneficios de dichos programas, el tratamiento debe ser recibido a través de esos proveedores aprobados por el programa.
I understand that criteria for participation in the program are the same for everyone regardless of sex, age, disability, race, or national origin.	Yo entiendo y acepto que el criterio para la participación en el programa es el mismo para todos sin importar sexo, edad, discapacidad, raza o bien, origen de nacionalidad.
I understand I have the right to file a complaint regarding the handling of my application or any action taken by the program with the HHSC Civil Rights Office at 1-888-388-6332.	Yo entiendo y acepto que tengo el derecho de registrar una queja con relación al manejo de mi solicitud o con relación a cualquier acción tomada por el programa con HHSC Civil Rights Office de 1-888-388-6332.
I understand that I will receive written documentation concerning the services for which my household/family or I is eligible or potentially eligible.	Yo entiendo y acepto que recibiré documentación por escrito concerniente a los servicios para los cuales mi hogar, mi familia o yo calificamos o, potencialmente lleguemos a calificar.
With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See http://www.dshs.state.tx.us for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 522.023 and 559.004)	Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a http://www.dshs.state.tx.us para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: <i>Government Code</i> , sección 552.021, 522.023 y 559.004)
I understand and agree that the program does not provide payment for inpatient care. I understand that I must make my own arrangement for hospital care and that I am responsible for the cost of the care.	Entiendo y acepto que el programa no proporciona pago por la atención de pacientes internos. Entiendo y acepto que yo debo hacer mis propios arreglos de atención en el hospital y que yo soy responsable por el costo de la atención.
(X) _____ / / Signature – Applicant / Patient Firma – Solicitante	Provider Staff Signature <i>Norma Cervantes</i> _____ / ____ /20
(X) _____ / / Signature - Spouse Firma – Esposo/a	Provider Staff Signature <i>Norma Cervantes</i> _____ / ____ /20



**PRIMARY HEALTH CARE PROGRAM
EMPLOYMENT VERIFICATION FROM EMPLOYER
(If paychecks are unavailable or lost)**

Employer Name & Address: _____ _____ _____	Date/Fecha _____/_____/20____
	Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono Paris-Lamar County Health Department 400 West Sherman Street Paris, Texas 75460 Voice: 903-785-4561 ext. 247 Fax to Norma @ 903-737-0978

Employee Name: _____	Employee Social Security Number: ____-____-_____
-----------------------------	---

This individual is a member of a household applying for health care assistance from the Primary Health Care Program. To determine this household's eligibility, it is necessary to verify all earnings. Since this individual is / was / will be your employee, your help is needed.

Please completely and accurately provide the information requested on the back of this letter. **If a question does not apply, mark it N/A. After you complete this form, give it to your employee, or fax it to Norma at 903.737.0978.**

This information is needed by: ____/____/____. If you could send it before this date, it would be most appreciated.

Thank you for helping. If you have questions, please feel free to call.

I give my permission to release the information requested on this form.	
Yo doy mi permiso para que mi empleador dé la información que se pide en esta forma.	
(X) _____ Signature / Firma	_____/_____/20____ Date / Fecha

Comments:

(OVER)

Employer please complete ALL sections, then please fax to Norma at 903-737-0978

EMPLOYMENT VERIFICATION

Employee Name (as shown on your records)

Employee Address – Street, City, State, ZIP (as shown on your records)

Is / was / will this person (be) employed by you? Yes No If yes → Permanent Temporary

Is FICA or FIT withheld? Yes No

Rate of Pay \$ Per Hour Per Day Per Week Per Month Per Job

Average Hours Period per Pay

How often is employee paid?

On the chart below, list all wages received by this employee during the **LAST TWO (2) months** worked (or during the months of _____)

Date Pay Period Ended	Date Employee Received Paycheck	Actual Hours	Gross Pay	Other Pay * (Bonuses, Commissions, Overtime, Pension Plan, Profit Sharing, Tips)
___/___/___	___/___/___	___ hrs.	\$	
___/___/___	___/___/___	___ hrs.	\$	
___/___/___	___/___/___	___ hrs.	\$	
___/___/___	___/___/___	___ hrs.	\$	
___/___/___	___/___/___	___ hrs.	\$	
___/___/___	___/___/___	___ hrs.	\$	

* In Comments Section below, please explain when and how Other Pay is received.

Date Hired: ___/___/___ Date First Paycheck Received: ___/___/___

If employee is/was on LEAVE WITHOUT PAY:
Start Date: ___/___/___ End Date: ___/___/___

If this person is **NO LONGER EMPLOYED BY YOU OR YOUR COMPANY**:

Date Final Paycheck Received: _____ Gross Amount of Final Paycheck: \$ _____

Is health insurance available? Yes No

If Yes, employee is → Not Enrolled Enrolled for Self Only Enrolled with Family Members

Comments: * please explain when and how **Other Pay** is received:

(X) _____ /_____/_____
Signature and Title of Person Verifying This Information Date

Company or Employer:	Address:	Telephone Number: () -
	Street:	Fax Number: () -
	City, State, ZIP:	

Employer please complete ALL sections, then please fax to Norma at 903-737-0978