Nombre: _____

Cita: _____

# El PROGRAMA DE ATENCION MEDICA PARA INDIGENTES DEL CONDADO DE GUADALUPE

Una aplicación para ayuda financiera posible es incluida. Para ser considerado elegible para ayuda financiera o mantener su elegibilidad corriente, por favor complete la aplicación con una pluma, con la documentación necesaria. Si toda la documentación solicitada no es recibida, su aplicación será negada. La elegibilidad será determinada dentro de 14 días después del recibo de una aplicación completada y documentación del paciente.

| | **Ingresos** |
|---|---|
| ☐ | • Estado de cuentas del banco resientes |
| ☐ | • Últimos tres 3 talones de sueldo (Si pago es en efectivo, carta del empleador o recibos en efectivo ) |
| ☐ | • Si por cuenta propia, los últimos 3 tres meses de Estados de pérdidas y ganancias |
| ☐ | • Si usted está desempleado, debe proporcionar prueba de que usted ha aplicado para Seguro Social por incapacidad |
| ☐ | • Carta de Seguridad Social o carta de adjudicación de incapacidad de Seguridad Social |
| ☐ | • Carta de beneficio de Pensión |
| ☐ | • Beneficio de la administración de veteranos |
| | **Residencia y Transporte** |
| ☐ | • Declaración de utilidad actual (gas, eléctrico o de agua). |
| ☐ | • Que residen fuera de Seguin, prueba de residencia Guadalupe Condado como: registro de vehículo, identificación del votante o declaración de impuestos sobre la propiedad. |
| ☐ | • Si el paciente es dueño de un vehículo, pago mensual, se requiere el equilibrio y kilometraje. |
| | **Identificación y Beneficios** |
| ☐ | • Licencia de conducir de Texas o Identificación de Texas (debe de tener dirección actual del solicitante) |
| ☐ | • Tarjeta de seguro social |
| ☐ | • Si alguien está prestando asistencia al solicitante, la 5ª página de la aplicación debe ser firmada (verificación de declaración de asistencia. Forma H1134/07 / 2004) |
| ☐ | • Carta de adjudicación de cupones para alimentos |

**Importante:**

**Por favor complete su nombre y dirección. Firme y fecha la solicitud**

**El Programa de Salud de Indigentes es para residentes del Condado Guadalupe y para adultos 18 años o más solamente**

Como condición para su elegibilidad, el programa requiere su cooperación en la identificación de fuentes potenciales de pago. Si estas fuera de condado, por favor aplique para Indigentes a través de su condado. En su caso y no son empleados en el momento de la solicitud, se le pedirá para solicitar a Medicaid, Social Seguridad de ingreso suplementario o estar registrado con la Comisión Laboral de Texas, se requiere evidencia de tales. Su aplicación puede ser pendiente hasta que es determinado elegible para otros programas. Gracias por su colaboración en el proceso de su aplicación.
Debe dar información sobre seguro de salud y cualquier otra persona financieramente responsable por servicios de salud pagados por el Condado para usted y los miembros de su familia. Firmar y presentar esta solicitud, usted acepta dar el Condado el derecho a recuperar el costo de servicios de salud proporcionados por el Condado por parte de terceros.

***Programa de Asistencia Médica Indigente de Condado de Guadalupe***
***Attn: Mary Medina (Consejero financiero)***
***1215 E Court St. – Seguin, TX 78155***

***Favor de llamar para su cita al: (830) 401-7875***
***Email: mamedina@grmedcenter.com***

TEXAS
Health and Human Services

Formulario 3064-S
Enero de 2020-E

Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes

# Solicitud de asistencia médica

| For Office Use Only (Solo para uso de la oficina) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Status<br>◯ Application<br>◯ Review | Date Form 3064 Requested/Issued | Date Identifiable Form 3064 Received | Case Record No. | Appointment Date and Time, if applicable |

| Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre) | Código postal y núm. de teléfono. | Otro núm. de teléfono con código de área |
|---|---|---|
| | | |

¿Alguna vez ha usado otro nombre? De ser así, indique los nombres que ha usado.
◯ Sí ◯ No

| Domicilio postal (calle o apartado postal) | Núm. de apto. | Ciudad | Estado | Código postal |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Dirección postal, si es diferente a la anterior. Si es un domicilio rural, indique cómo llegar.

1. En la tabla a continuación, use el primer renglón para poner información sobre usted. En los otros renglones, ponga la información de todas las personas que viven en la casa con usted, aún si no se consideran miembros del hogar.

| **Nombre** (Apellido, nombre, segundo nombre) | **Núm. de Seguro Social** (si lo sabe) | **Sexo** (Masculino/ Femenino) | **Fecha de nacimiento** | **Relación con usted** | **¿Es usted extranjero patrocinado?** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ◯ Sí ◯ No |
| | | | | | ◯ Sí ◯ No |
| | | | | | ◯ Sí ◯ No |
| | | | | | ◯ Sí ◯ No |
| | | | | | ◯ Sí ◯ No |
| | | | | | ◯ Sí ◯ No |
| | | | | | ◯ Sí ◯ No |

**Nota:** La palabra "hogar" en las preguntas 2 a 16 se refiere a usted, su cónyuge y cualquier otra persona que viva con usted y con la que tenga una relación legal. No es necesario incluir información sobre las personas que viven con usted pero que no forman parte de su "hogar".

2. ¿En qué condado y estado está ubicado su hogar (dónde está su hogar permanente)?

Condado: _____ Estado: _____ ¿Piensa permanecer en este condado y estado? ◯ Sí ◯ No

3. Plan de vivienda: Seleccione todas las casillas que correspondan a su hogar.

☐ Es dueño o está pagando por el hogar ☐ Vive en una casa que otra persona paga ☐ No tiene residencia permanente
☐ Vive con otra persona ☐ Renta una casa o apartamento ☐ Cárcel

4. Anote los gastos promedios mensuales de su hogar.

| | |
|---|---|
| Renta/hipoteca | $ |
| Servicios públicos (gas, agua, luz) | $ |
| Teléfono | $ |
| Servicios de transporte (como gasolina, pagos del carro, autobús) | $ |
| Impuestos y seguro anuales del hogar | $ |
| Otro gasto: | $ |
| Otro gasto: | $ |
| Otro gasto: | $ |

¿Paga alguien estos gastos del hogar por usted? ◯ Sí ◯ No Si contesta que sí, ¿quién? _____

5. ¿Recibe usted o alguien de su hogar alguno de los siguientes beneficios? ◯ Sí ◯ No

☐ Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) ☐ Programa SNAP (estampillas para alimentos) ☐ Beneficios de Medicaid

Si contesta que sí, ¿quién recibe estos beneficios? _____

6. ¿Está usted o alguien de su hogar embarazada? ◯ Sí ◯ No Si contesta que sí, ¿quién está embarazada? _____

7. ¿Tiene usted o alguien de su hogar una discapacidad? ◯ Sí ◯ No Si contesta que sí, ¿quién tiene una discapacidad? _____

8. ¿Ha solicitado usted o alguien de su hogar Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)?

◯ Sí ◯ No Si contesta que sí, ¿quién solicitó estos beneficios y cuándo? _____

9. ¿Tiene usted o alguien en su hogar facturas sin pagar por servicios de atención médica de los últimos tres meses? ◯ Sí ◯ No

Si contestó que sí, ¿de cuáles meses? _____

10. ¿Tiene usted u otra persona en su hogar cobertura de atención médica (Medicare, seguro médico, Asuntos de Veteranos, Tricare, etc.)?

◯ Sí ◯ No Si contesta que sí, ¿quién tiene cobertura? _____

11. ¿Cuánto dinero tiene en su cartera, en su casa, en cuentas bancarias o en otros lugares? _____

12. ¿Cuántos carros, camiones u otros vehículos tienen usted y los demás miembros de su hogar? A continuación, anote el año, marca y modelo.

| | Año | Marca y modelo | + |
|---|---|---|---|
| 1 | | | – |
| 2 | | | – |
| 3 | | | – |
| 4 | | | – |

13. ¿Es dueño o paga usted o alguien de su hogar una casa, un lote, unas tierras u otra propiedad? ◯ Sí ◯ No

14. En los últimos tres meses, ¿vendió, intercambió o regaló usted u otro miembro del hogar algún dinero o propiedad? ◯ Sí ◯ No

15. ¿Ha trabajado usted o alguien de su hogar en los últimos tres meses? ◯ Sí ◯ No Si contesta que sí, ¿quién trabajó? _____

16. En la siguiente tabla anote todos los ingresos de la familia. Incluya los siguientes: cheques del gobierno; dinero de una capacitación o trabajo; dinero que cobra por dar alojamiento y comida; dinero regalado, préstamos o contribuciones de los padres, familiares, amigos y otras personas; ingresos que recibe de un patrocinador; becas o préstamos escolares; manutención infantil, y pagos por desempleo.

| Nombre de la persona que recibe el dinero | Nombre del departamento, persona o empleador que aporta el dinero | Cantidad recibida | Frecuencia del ingreso |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Las declaraciones que he hecho, incluidas las respuestas que he dado, son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en darle al personal que determina el derecho a la participación y al condado cualquier información que sea necesaria para comprobar las declaraciones respecto a mi derecho a la participación. Estoy de acuerdo en informar de cualquier de los siguientes cambios en un plazo de 14 días:

- Ingresos
- Recursos
- Número de personas que viven conmigo
- Dirección
- Solicitud o participación en SSI, TANF o Medicaid

Me han informado y tengo por entendido que esta solicitud se tramitará sin distinción de raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencia política; que puedo pedir una revisión de la decisión que se tome sobre mi solicitud o la recertificación de asistencia, y que puedo pedir oralmente o por escrito una audiencia imparcial con respecto a cualquier acción que afecte la concesión o la terminación de asistencia.

Tengo entendido que, al firmar esta solicitud, le doy al condado el derecho de recuperar el costo de los servicios de atención médica proporcionados por el condado de cualquier tercero.

Estoy de acuerdo en dar al condado cualquier información que necesite para identificar y localizar todas las otras fuentes de pago de los servicios de salud.

Se me ha informado y entiendo que no cumplir con las obligaciones establecidas podría considerarse una retención intencional de información de mi parte y podría dar lugar a que se recuperen los fondos mediante el reembolso o la presentación de cargos civiles o penales en mi contra.

Antes de firmar, asegúrese de haber dado respuestas completas y correctas. Si el solicitante está casado y su cónyuge es un miembro del hogar, el cónyuge también puede firmar y fechar este formulario aunque sea un miembro del hogar excluido.

Firma del solicitante | Fecha | Firma del cónyuge | Fecha

Firma de la persona que ayudó a llenar el Formulario 3604 | Firma del representante del solicitante | Firma del testigo (si el solicitante firmó con una "X")

Dirección de la persona que ayudó a llenar el Formulario 3604 (calle, ciudad, estado, código postal): | Código de área y tel.:

TEXAS
Health and Human Services

**Formulario 3076-S**
Enero de 2020-E

Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes

# Divulgación de información sobre expedientes de casos

| Nombre del expediente del caso: | Núm. del expediente del caso: |
|---|---|
| | |

Por este medio autorizo a las personas, organizaciones o establecimientos que tengan información o registros sobre nuestras circunstancias, a que proporcionen dicha información a un representante del Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes (CIHCP). Doy mi permiso para que el CIHCP obtenga información que podría afectar nuestra habilidad para cumplir los requisitos del programa. Esta autorización es válida por seis meses después de la fecha en que se firmó.

| Persona o departamento con quien se compartirá la información: |
|---|
| |

☐ Solicitud de información específica (Especifique en 1 y 2 a continuación).

**1.** Información solicitada _____

**2.** Periodo cubierto (fechas) _____

☐ Solicitud de información general (Se puede compartir cualquier información disponible).

| |
|---|
| |

_____ _____
Firma del solicitante o beneficiario Fecha

_____ _____
Firma del cónyuge Fecha

_____ _____
Firma del tutor, apoderado, o del padre o la madre del menor Fecha

TEXAS Health and Human Services

Formulario 3085-S
Enero de 2020-E

Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes (CIHCP)

# Declaración de los ingresos por autoempleo

| Nombre de expediente del caso | Núm. de expediente del caso |
|---|---|
| | |

**Vea instrucciones e información adicional en la página 2**

1. Nombre de la persona que recibe ingresos del trabajo por cuenta propia: _____

2. Indique cuántos meses se cubren en esta declaración de ingresos: _____

3. Describa el trabajo por el que obtuvo este ingreso:

4. Haga una lista de los gastos e ingresos de su negocio. **Aviso importante: Adjunte recibos, facturas u otros documentos de verificación.**

| Fecha | Gastos | Monto |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | Monto total de los gastos | |

| Fecha | Ingresos | Monto |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | Ingresos totales | |
| | Reste los gastos | |
| | **Ingresos derivados del trabajo por cuenta propia, netos** | |

Hasta donde yo sé, la información anterior es correcta y verdadera. Entiendo que dar información falsa al condado podría llevarme a ser descalificado del programa por fraude.

_____ _____
Firma Fecha

_____ _____
Firma de la persona que está ayudando a llenar el formulario, si aplica Fecha

TEXAS Health and Human Services

**Formulario H1134-S**
Noviembre de 2021-E

# Verificación de declaración de asistencia

## Parte I: Datos sobre el caso

| Nombre del caso | Núm. de caso: | Teléfono con código de área de la Agencia del Área |
|---|---|---|
| Nombre de la persona que proporciona la asistencia | Teléfono con código de área de la persona que proporciona la asistencia | |
| Dirección de la persona que proporciona la asistencia | | |

## Parte II: Asistencia proporcionada

La persona que se menciona arriba afirma que usted proporciona asistencia a su hogar. Para evaluar correctamente la situación del hogar, la Comisión de Salud y Servicios Humanos necesita información sobre usted. Responda las siguientes preguntas explicando qué asistencia proporcionay devuelva este formulario en el sobre provisto con el porte pagado. Envíe este formulario lleno lo antes posible, a más tardar el _____.

¿Vive esta persona con usted? ◯ Sí ◯ No

¿Usted le da dinero en efectivo a esta persona o cualquier otra persona de este hogar? ◯ Sí ◯ No

Si respondió que sí, ¿quién recibe el dinero en efectivo? _____

¿Cuánto dinero en efectivo le da? _____

¿Con qué frecuencia le da dinero en efectivo? _____

¿Cuándo empezó a dar esta ayuda? _____

¿Espera que se le devuelva el dinero que ha dado a este hogar? ◯ Sí ◯ No

Si respondió que sí, ¿cuándo? _____

¿Brinda usted otro tipo de asistencia a este hogar que no sea dinero en efectivo? ◯ Sí ◯ No

Si respondió que sí, marque todas las opciones que correspondan: ☐ Vivienda ☐ Alimentos ☐ Artículos personales ☐ Transporte ☐ Otro (explique a continuación) _____

¿Paga usted alguna de las facturas del hogar? ◯ Sí ◯ No

Si respondió que sí, ¿qué facturas paga? _____

¿Quién recibe el pago? _____

¿Tiene planes de seguir ayudando a este hogar? ◯ Sí ◯ No

Si respondió que sí, especifique por cuánto tiempo. _____

Si respondió que no, ¿a partir de qué fecha dejó o dejará de ayudar al hogar? _____

Comentarios

## Parte III. Firmas

_____ **Firma de la persona que proporciona la asistencia**

_____ **Fecha**

Guadalupe Regional

FINANCIAL ASSISTANCE

Guadalupe County Indigent Healthcare
1215 E. Court St., Seguin, TX 78155
Phone: (830) 401-7550 Fax: (830) 401-7460

# Política De Fraude Del Programa De Atención Médica Para Indigentes Del Condado De Guadalupe

**Definición:**
El Fraude es la tergiversación deliberada de algún hecho material con el fin de obtener beneficios.

**Política:**
El personal de Guadalupe Regional Medical Center (GRMC) investigará los casos de sospecha de fraude recopílando y documentando pruebas. Al encontrar fraude, el paciente no sera elegible administrativamente para el programa de atención médica para indigentes del condado de Guadalupe. Se contactará con el paciente sospechoso de fraude a través de una carta certificada informándole de la retira de la elegibilidad y de las acusaciones actuales. El paciente puede presenter los documentos/veríficaciones de apoyo aplicables para ser considerados si disputa las acusaciones. El paciente tendrá derecho a apelar cualquiér decision desfavorable.

Si, después del debido proses, se descubre que un paciente ha tergiversado intencionalmente la información para recibir beneficios, el paciente reembolsará al programa de atención médica para indigentes del condado de Guadalupe el costo de los beneficios que el paciente no era elegible para recibir. La persona no será elegible administrativamente para los beneficios del programa de atención médica para indigentes del condado de Guadalupe y puede estar sujeta a enjuiciamiento en virtud del codigo penal de Texas.

Al firmar esto, acepto la política y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

| | | |
|---|---|---|
| Firma | Nombre Impreso | Fecha |
| Firma Del Cónyuge | Nombre Impreso | Fecha |

# Guadalupe Regional

**PRESCRIPTION ASSISTANCE PROGRAM**

Si elijo solicitor el programa de asistencia de medicina de Guadalupe Regional Medical Center (GRMC) además del programa de atención médica para indigentes:

(Selecciona uno)

☐ Doy Permiso para que la información que proporciono en mi solicitud de asistencia para indigentes se comparta con el programa de asistencia para recetas (PAP) de GRMC.

☐ Por favor, no proporcione mi información al programa de asistencia para medicina (PAP) de GRMC. Yo mismo les proporcionaré la documentación si solicito el programa.

Se requieren dos solicitudes separadas para el programa de atención médica para indigentes y el programa de asistencia para recetas de GRMC (PAP). Si da su permiso, la información contenida en su solicitud de programa de atención médica para indigentes se compartirá con el programa de asistencia de recetas (PAP) de GRMC. Tenga en cuenta que la aprobación de un programa no garantiza la aprobación del otro. El programa de asistencia para recetas (PAP) puede solicitor documentación adicional después de que se proporcione información del programa de atención médica para indigentes.

| | | |
|---|---|---|
| Firma | Nombre Impreso | Fecha |
| Firma del Conyuge | Nombre Impreso | Fecha |