

Chapter Seven
APPENDIX A

APPLICATION FOR ASSISTANCE – AGED AND DISABLED

SOLICITUD PARA ASISTENCIA/PERSONAS DE EDAD AVANZADA Y DISCAPACITADAS

If you need help paying your medical expenses, assistance with home care, or help paying Medicare cost-sharing expenses, the Texas Medicaid program may be able to help you. If you are interested, please complete the enclosed application.

It is important that you answer each question. Please enter "no" or "none" to questions that do not apply to you, and be sure that the application is signed and dated. You may ask a friend or relative to help you.

Please include with your application proof of all income and things that you own. The proof may be COPIES of the documents listed below; DO NOT SEND ORIGINALS:

- Award letters (VA, Social Security, Railroad Retirement)
- Earnings statements
- Current bank statements
- Savings passbook
- Certificates of deposit
- Certificates of notes, stocks, or bonds
- Insurance policies (life, burial, or hospitalization)
- Transfer papers or deeds (for anything that you owned, but sold or gave away)
- Prepaid burial contracts

After your application is received, we will review it to determine if you are eligible. We will notify you of the decision within 45 days.

Si necesita ayuda para pagar gastos médicos, servicios de atención médica en casa o su parte de los gastos de Medicare, es posible que el programa de Medicaid de Texas pueda ayudarle. Si está interesado, por favor, llene la solicitud adjunta.

Es importante que conteste todas las preguntas. Contesté "no" o "ninguno" a las preguntas que no aplican a su situación. Asegúrese de firmar la solicitud y poner la fecha. Puede pedir la ayuda de un pariente o amigo para contestar las preguntas.

Por favor, envíe con la solicitud comprobantes de todos sus ingresos y bienes. NO MANDE LOS ORIGINALES. Estos comprobantes deben ser COPIAS de:

- Cartas de concesión (para pensiones de veteranos, Seguro Social o ferrocarril)
- Estados de ingresos
- Estados de cuentas bancarias
- Libretas de cuentas de ahorros
- Certificados de depósito
- Certificados de notas, acciones o bonos
- Pólizas de seguro (vida, entierro u hospitalización)
- Documentos de traspaso o escrituras (de pertenencias o propiedades suyas que vendió o regaló)
- Contratos de entierro prepagados

Después de recibir la solicitud, la estudiaremos para ver si llena los requisitos de elegibilidad. Le avisaremos de la decisión, dentro de los 45 días.

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS REGARDING THE APPLICATION,

**PLEASE CALL:
LLAME AL:**

When you have completed the application, please mail it to us in the attached envelope. Someone will be in touch with you to schedule an interview. An interview is required as part of the application process. You may request a telephone interview.

Free legal help from outside the department is available in many communities; call your local department office for information.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE LA SOLICITUD, POR FAVOR,

Al completar la solicitud, por favor, envíenla en el sobre adjunto. Alguien le llamará para programar una entrevista. Se requiere la entrevista como parte del trámite de solicitud. Puede pedir una entrevista por teléfono.

En muchos lugares se pueden obtener servicios de abogado gratis. Estos servicios no son del departamento, pero la oficina local puede darle información.

- I have been advised and understand that this application or recertification will be considered without regard to race, color, religion, creed, national origin, age, sex, disability, or political belief.
- I have been advised and understand that I may request a review of the decision made on my application or recertification for assistance and may request a fair hearing, orally or in writing, concerning any action or inaction affecting receipt or termination of assistance.
- If my case is selected for review, I give my consent for the Texas Department of Human Services (DHS) to obtain information from any source to verify the statements I have made.
- I understand that DHS uses my Social Security number to compare its records with records of other state and federal agencies, such as the Texas Workforce Commission, Internal Revenue Service, Bureau of Veterans Affairs, Social Security Administration, and others, to ensure that benefits are correctly determined.
- I certify that DHS has provided me with information about a range of long-term care services that are available in my area, as required by state law (1 Texas Administrative Code, Section 351.15).

PENALTY STATEMENT

- My answers to all of the questions, and the statements I have made, are true and correct to the best of my knowledge and belief.
- I understand that if I obtain, or assist another person in obtaining, medical assistance by fraudulent means, I may be charged with a state or federal offense; and I may also be held liable for any repayment of benefits fraudulently obtained.
- I will let DHS know, within 10 days, of any changes that could affect my eligibility. This includes changes in income, resources, living arrangement, property holdings, or insurance (including health insurance premiums).

- Me avisaron y comprendo que esta solicitud o esta nueva certificación se estudiará sin discriminación de raza, color, religión, creencias, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencias políticas.
- Me han avisado y comprendo que puedo pedir una revisión de la decisión que se tome sobre la solicitud o nueva certificación para asistencia, y que puedo pedir, oralmente o por escrito, una audiencia imparcial con respecto a cualquier acción, o falta de acción que afecte la concesión o la terminación de asistencia.
- Si escogen mi caso para una revisión, doy permiso que el Departamento de Servicios Humanos de Texas (DHS) obtenga información de cualquier fuente para verificar las declaraciones que he hecho.
- Comprendo que para asegurar una determinación correcta de los beneficios, el DHS usa mi número de Seguro Social para comparar sus archivos con los archivos de otras agencias estatales y federales, por ejemplo, la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, el Servicio de Impuestos Internos, la Oficina de Asuntos del Veterano y la Administración del Seguro Social.
- Certifico que DHS me dio información sobre varios servicios de atención a largo plazo que se pueden conseguir en mi región, de conformidad con la ley estatal (1 *Texas Administrative Code*, Section 351.15).

DECLARACIÓN DE SANCIONES

- Mis respuestas a todas las preguntas anteriores y las declaraciones que he hecho son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.
- Comprendo que si obtengo, o ayudo a otra persona a obtener, fraudulentamente asistencia médica, me pueden acusar de una ofensa federal o estatal; y pueden hallarme responsable de la devolución de beneficios obtenidos fraudulentamente.
- Avisaré al DHS cualquier cambio que pudiera afectar mi elegibilidad dentro de los 10 días siguientes al cambio. Éstos pueden ser, entre otros, cambios en: ingresos, recursos, arreglos de vivienda, propiedades o seguros (inclusive en las primas de seguros médicos).

If form is being distributed by an agency other than Texas Department of Human Services, enter agency name:

For DHS use only	<input type="checkbox"/> Application	Date Form Requested	Date Form Mailed	BJN
	<input type="checkbox"/> Recertification	Date Form Received	Appointment Date	Applicant/Client No.

APPLICATION FOR ASSISTANCE-AGED AND DISABLED

SOLICITUD PARA ASISTENCIA/PERSONAS DE EDAD AVANZADA O DISCAPACITADA

Applicant's name (last, first, middle initial) Nombre del solicitante (apellido, nombre, inicial)		Social Security No. Núm. de Seguro Social		Medicare Claim No. Núm. de reclamación de Medicare	
Home Address Domicilio		City, State, ZIP Ciudad, Estado, ZIP		County Condado	Telephone No. Núm. de teléfono
Date of Birth Fecha de nacimiento	Sex Sexo	Race Raza	U.S. Citizen? ¿Es ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No		Resident of Texas? ¿Es residente de Texas? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
Spouse's name (last, first, middle initial) Nombre del solicitante (apellido, nombre, inicial)		Social Security No. Núm. de Seguro Social		Medicare Claim No. Núm. de reclamación de Medicare	
Spouse's Address (if different) Domicilio		City, State, ZIP Ciudad, Estado, ZIP		County Condado	Telephone No. Núm. de teléfono
Date of Birth Fecha de nacimiento	Sex Sexo	Race Raza	U.S. Citizen? ¿Es ciudadano de EE.UU. <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No		Resident of Texas? ¿Es residente de Texas? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
Where do you live?/¿Dónde vive? <input type="checkbox"/> Own home Vivo en casa propia <input type="checkbox"/> Rent House/Apartment Alquilo casa/apartamento <input type="checkbox"/> Live in House Provided by Someone Vivo en casa de otra persona <input type="checkbox"/> Live with Someone Vivo con alguien <input type="checkbox"/> Nursing Facility Vivo en casa para convalecientes			Do you pay rent?/¿Paga renta? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Do you pay for your own food?/ ¿Paga por su propia comida? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No		

Do you have Medicare Part A? ¿Tiene Medicare Parte A?		Does your spouse have Medicare Part A? ¿Tiene su cónyuge Medicare Parte A?	
<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
Do you have Medicare Part B? ¿Tiene Medicare Parte B?		Does your spouse have Medicare Part B? ¿Tiene su cónyuge Medicare Parte B?	
<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No

List ALL resources owned by You or Your Spouse. (Some resources may not be counted.)

Indique TODOS los recursos que le pertenecen a usted o a su cónyuge. (Puede que algunos recursos no se cuenten).

Type Tipo	Amount Cantidad	Source/Name/Account No. Fuente/Nombre/Núm. de cuenta
Checking Account Cuenta de cheques	\$	
Savings Account Cuenta de Ahorros	\$	
Certificate of Deposit Certificado de depósito	\$	
Stocks/Bonds/Annuities Acciones/Bonos/A anualidades	\$	
Preneed Funeral Contract Contrato de entierro prepagado	\$	
Cash on Hand Dinero en efectivo	\$	
Notes Pagarés	\$	
Automobiles Automóviles	\$	
Life Insurance Seguro de vida	\$	
Burial Insurance Seguro de entierro	\$	
Burial Plots Terrems de sepultura	\$	
Other Lots of Land Otros terrenos o tierras	\$	
Additional Resources Owned by You or Your Spouse Recursos adicionales que le pertenecen a usted o a su cónyuge	\$	
	\$	
	\$	

HEALTH/HOSPITALIZATION INSURANCE/SEGURO MÉDICO/DE HOSPITALIZACIÓN

Are you now covered or have you been covered during the past year by any insurance
(no Medicaid or Medicare) paid for by you or someone else?

¿Tiene, o tuvo durante el año pasado, cobertura de algún seguro médico (que no sea Medicaid
o Medicare) que usted u otra persona pagó?

Yes/Sí No

If "Yes," complete the following: /Si contesta "Sí", llene lo siguiente:

Name of Insurance Company /Nombre de la compañía de siguiente:	Policy No./Núm. de póliza
Address of Insurance Company /Dirección de la compañía de seguros	Beginning Coverage Date Fecha de vigencia de la cobertura

List ALL Income Available to You or Your Spouse. (Some incomes may not be counted.)

Indique TODOS los ingresos que usted y su cónyuge tienen a su disposición. (Puede que algunos ingresos no se cuenten).

TYPE OF INCOME TIPO DE INGRESOS	APPLICANT/CLIENT / SOLICITANTE/CLIENTE		SPOUSE / CÓNYUGE	
	Monthly Gross Ingreso Mensual Bruto	Source Fuente	Monthly Gross Ingreso Mensual Bruto	Source Fuente
Social Security Seguro Social	\$		\$	
VA Pension Pensión de la VA	\$		\$	
Wages Sueldos	\$		\$	
RR Retirement Pensión de Ferrocarril	\$		\$	
Civil Service Servicio Civil	\$		\$	
Pension Pensión	\$		\$	
Annuity Anualidad	\$		\$	
Interest Interés	\$		\$	
Farm Income Ingresos agrícolas	\$		\$	
Mineral/Royalty Derechos minerales /Regalías	\$		\$	
Gifts Regalos	\$		\$	
Other Income Otros Ingresos	\$		\$	

Signature—Applicant/Client

Firma—Solicitante/Cliente

Date

Fecha

Signature—Spouse

Firma—Cónyuge

Date

Fecha

If the Applicant/Client cannot sign his/her name, two witnesses to the applicant making his mark (X) must sign below:

Si el solicitante/cliente no puede firmar su nombre, dos testigos deben estar presentes cuando el solicitante/cliente escriba una (X) y ellos deben firmar a continuación:

Signature—Witness

Firma—Testigo

Date

Fecha

Signature—Witness

Firma—Testigo

Date

Fecha

Signature—Responsible Party

Firma—Persona Responsable

Date

Fecha

Name of Person Completing Form (if not applicant/client) Nombre de la persona que completa el formulario (si no es el solicitante/cliente)	Relationship to Applicant/Client Relación con el solicitante/cliente	Telephone (home)/Teléfono (casa)
Address (Street, City, State, ZIP)/Dirección (Calle, Ciudad, Estado ZIP)		Telephone (work)/Teléfono (trabajo)

- If you believe you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, sex, disability, political beliefs, or religion, you may lodge a complaint with the management staff of this agency and/or write or call immediately to:

Civil Rights Department
Texas Department of Human Services
P.O. Box 149030
Austin, TX 78714-9030
512/438-4313
TDD: 512/438-2960

or to:

o a:

- Si usted cree que lo han discriminado por motivo de raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, creencias políticas o religión, puede presentar una queja ante la administración de esta agencia o escribir o llamar inmediatamente a:

U.S. Dept. of Health and Human Services
Office of Civil Rights – Region VI
1301 Young St., Room 1169
Dallas, TX 75202
1/800/368-1019
TDD: 1/214/767-8940