



## TexCare Partnership

Children's Health Insurance  
To Fit Your Budget





## Most Families Will Pay \$18 a Month or Less to Insure All Their Children.

**TexCare Partnership** is an easy way to apply for health insurance for your children. Rates are based on the number of people in your family and your family's income and expenses.

### Benefits

- Offers a choice of doctors
- Regular checkups and doctor's office visits
- Prescription drugs and medical supplies
- Care by medical specialists
- Dental care
- Shots and immunizations
- Eye exams and glasses
- Hospital care and services
- X-rays and lab tests
- Mental health care
- Covers children with special health care needs
- Covers pre-existing conditions

**TexCare Partnership** has several ways to insure your children:

- **Children's Health Insurance Program (CHIP)**
- **Medicaid**
- **Referral to commercial health insurance options available**

Each program has its own set of rules and its own benefits.

#### **Children's Health Insurance Program**

The Children's Health Insurance Program (CHIP) covers children from birth through age 18 whose families earn too much to qualify for Medicaid. You may pay as little as \$15 a year or as much as \$18 a month for all your children. In addition, co-payments for office visits and prescriptions are based on your family's income. There may also be deductibles for some families. Families are expected to complete a renewal process every 12 months.

#### **Medicaid**

Medicaid covers children from birth through age 18 from families with lower incomes. If your child qualifies for Medicaid, you do not have to make co-payments and there are no monthly premium costs or deductibles to pay. To qualify for Medicaid in Texas, you must meet certain income and asset requirements, which are based on the number and ages of your children. Families are expected to complete a renewal process every 6 months.

#### **Commercial Health Insurance**

If your family's income is too high to qualify for Medicaid or CHIP, we will provide you with a reference guide to commercial health insurance providers in your area that offer children's health insurance.

#### **Important Information If You or Your Children Are Not U.S. Citizens**

We will not share any information you provide with the Immigration and Naturalization Service (INS). The INS cannot use this application or the enrollment of your children in CHIP or Medicaid to deny you admission to the U.S., to harm your permanent resident status or to deport you. Families that apply for health insurance are not considered "public charges." A "public charge" is someone the INS believes depends on government benefits for support or is likely to do so in the future. If you apply for health insurance for children in your family, your ability to live or work in the U.S. will not change in any way. If you are still worried about this issue, please call TexCare Partnership at our toll-free 800 number and we'll be glad to answer your questions.



**Call 1-800-647-6558**

M – F 9 am – 9 pm Sat 9 am – 3 pm Central Time (Except Federal Holidays)

[www.texcarepartnership.com](http://www.texcarepartnership.com)

# TexCare Application Instructions

To apply, please fill out the application, sign it and attach copies of your proof of income and other information you may need to send. Mail the enclosed application and other proof in the self-addressed envelope provided.

## Who can apply?

Parents **WHO LIVE WITH** their children can apply for their children who are ages 18 years or younger. A grandparent, relative or other adult **WHO LIVES WITH** the child and takes care of the child may also apply. If you are younger than 19 and living on your own, you can apply for yourself.

- 1** Complete the application using blue or black ink. If we may call you at work, please write that phone number as well.
- 2** Please fill out a column for every child **WHO LIVES WITH YOU**. You may only apply for children that live in your home. If more than four children live with you, please give us the information about the additional children on an extra sheet of paper. If you are younger than 19 and living on your own, you can apply for yourself.

### Line (c)

Please check the “Applying” box in each column under any child’s name who needs health insurance. If you do not need health insurance for one of the children listed, please check the “Not Applying” box in the column under that child’s name.

### Line (d)

Please tell us the relationship between you and each child. Examples of answers include “daughter,” “grandchild,” or “nephew.” If you are not related to the child but take care of the child, write “Guardian.”

### Line (g)

If you are applying for a non-citizen child who is a legal resident, please include proof of the child’s immigration status (a copy of the front and back of the child’s Resident Alien Card (I-551) from the Immigration and Naturalization Service (INS). We do not need information on the citizenship status of any adults in your family. We will not share any information you provide with the INS and the INS **CANNOT** use this application or the enrollment of your children in Medicaid or the Children’s Health Insurance Program (CHIP) to deny you admission to the U.S., to harm your permanent resident status or to deport you.

### Line (h)

We must have a Social Security Number (SSN) for each child for whom you are applying for health insurance. If your child does not have a SSN, we can help you apply for one. Social Security Numbers are used to do computer matching with other agencies and contractors. The SSN cannot be used by the Internal Revenue Service (IRS) for tax purposes or by the INS.

### Line (n)

Please tell us the race for each child for whom you are applying for health insurance. This question is optional and used for statistical purposes only. If you choose to do so, please use Anglo, African-American, American Indian, Asian/Pacific Islander or Hispanic.

- 3** Please fill out a column for each child who lives with you.

### Line (a)

Mark the box “Yes” if the child is currently covered by commercial health insurance. Please provide the name of the insurance company, name of the policy holder, the policy and group number and the insurance company’s phone number. If your child is eligible for Medicaid you may be eligible for financial help for the insurance premium. Mark the box “No” if the child is not insured by commercial health insurance or is insured under an auto, worker’s compensation, accident or sports-related insurance plan. If a child’s health insurance ended in the past 90 days, please tell us why, when and how much was paid monthly for the insurance. We ask this because your child may qualify for CHIP immediately if certain conditions are met; but you must be able to drop your child’s other insurance immediately before covering your child under CHIP. Your child cannot be covered by both CHIP and other health insurance, including Medicaid, at the same time. However, your child can be covered by Medicaid and other health insurance at the same time.

### Line (b)

Please tell us if health insurance is available for your child(ren) through your job/employer. Mark the box “Yes” if your job/employer offers health insurance for your child(ren). Mark the box “No” if your job/employer **does not** offer health insurance for your child(ren).

- 4** Please list all of the parents and step-parents **WHO LIVE WITH THE CHILDREN**, even if you already listed them in question 2. The purpose of this question is to find out the size of your family, which helps determine which program the child **MAY** be eligible for once the application process is complete.
- 8** Please answer these questions about **YOUR** assets if you are the child’s parent or step-parent. If you are **NOT** the child’s parent or step-parent please answer these questions about the **child’s** assets. Your home and one vehicle (car, truck, etc.) do not count and do not need to be considered when answering these questions.
- 9** These questions are voluntary. If you leave them blank, your child may still be insured through Medicaid or CHIP.

### Line (a)

Please tell us if your child(ren) for whom you are applying has unpaid medical bills for the past 3 months. If your child(ren) has unpaid medical bills and is eligible for Medicaid the bills **MAY** be covered.

- 10** If you would like to have someone else contact us for you (as your representative), please check the box and provide us with their name, address and phone number.

### **11 + 12**

Please read these sections carefully, then sign and date the application. By signing and dating the application, you are agreeing to all statements under “Rights & Responsibilities.” All applications must be signed and dated.

# TexCare Partnership Application

Questions? Please call 1-800-647-6558

FOR OFFICE USE ONLY

CBO# \_\_\_\_\_

Use blue or black ink only.

1

Your Name \_\_\_\_\_  
First Middle Initial (M.I.) Last

Home Address \_\_\_\_\_ Apt./Lot # \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_

Mailing Address \_\_\_\_\_ Apt./Lot # \_\_\_\_\_  
(if different from above)

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_

Home Phone # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work Phone # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

If we need to contact you, what language do you prefer?  English  Spanish  Vietnamese  Other \_\_\_\_\_

2

Tell us about all the children living in your home. Add an extra sheet of paper if needed. Children **MUST** live in **YOUR** home to apply.

	Child 1	Child 2	Child 3	Child 4
a. Child's first name and middle initial				
b. Child's last name				
c. Check the box for each child for whom you wish to apply for health insurance.	<input type="checkbox"/> Applying <input type="checkbox"/> Not Applying	<input type="checkbox"/> Applying <input type="checkbox"/> Not Applying	<input type="checkbox"/> Applying <input type="checkbox"/> Not Applying	<input type="checkbox"/> Applying <input type="checkbox"/> Not Applying
d. Relationship to you				
e. Date of birth (Mo./Day/Year)	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
f. Gender	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
g. Is your child a U.S. citizen?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>If "NO," is child a legal resident?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Children who are legal residents may qualify for these health insurance programs. You must provide a copy of the front and back of the child's Resident Alien Card (I-551) with this application. This information is for <b>OUR</b> records only, will not affect the immigration status of you or your children and will not be shared with the INS.				
h. <b>CHILD'S</b> Social Security #				
i. Mother's first name and middle initial				
j. Mother's last name				
k. Father's first name and middle initial				
l. Father's last name				
m. Is this child enrolled in school?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
n. Race (optional, see instructions)				
o. Does child currently have Medicaid?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
p. Does child currently have CHIP?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

		Child 1	Child 2	Child 3	Child 4
<b>3</b>	a. Does child currently have commercial health insurance?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<b>IF "YES,"</b> please provide the following information for each child insured.				
	Insurance Company Name:	_____	_____	_____	_____
	Policy Holder:	_____	_____	_____	_____
	Policy Number:	_____	_____	_____	_____
Group Number:	_____	_____	_____	_____	
Phone:	_____	_____	_____	_____	
Date the health coverage will end (Mo./Day/Year)	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	
<b>IF "NO,"</b> but the child had health insurance in the past 90 days, please mark the box that states why the insurance was dropped and the date the insurance ended.	<input type="checkbox"/> Parent's job ended <input type="checkbox"/> Loss of Medicaid or CHIP eligibility <input type="checkbox"/> Change in parents' marital status <input type="checkbox"/> Parent's COBRA coverage ended <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Parent's job ended <input type="checkbox"/> Loss of Medicaid or CHIP eligibility <input type="checkbox"/> Change in parents' marital status <input type="checkbox"/> Parent's COBRA coverage ended <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Parent's job ended <input type="checkbox"/> Loss of Medicaid or CHIP eligibility <input type="checkbox"/> Change in parents' marital status <input type="checkbox"/> Parent's COBRA coverage ended <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Parent's job ended <input type="checkbox"/> Loss of Medicaid or CHIP eligibility <input type="checkbox"/> Change in parents' marital status <input type="checkbox"/> Parent's COBRA coverage ended <input type="checkbox"/> Other _____	
Date the health coverage ended (Mo./Day/Year)	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	
b. Could the child get commercial health insurance through the parent's job/employer?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
c. If you or someone else in your family <b>WHO LIVES IN YOUR HOME</b> pays/paid for the health insurance coverage, what is/was the <b>TOTAL AMOUNT</b> paid for <b>ALL</b> the children per month?				<b>Total Amount \$</b> _____ /month	

**4** List all of the parents and step-parents **WHO LIVE WITH THE CHILDREN**, including those listed on the front of this application. Please list all the parents or step-parents even if you already listed them under question number 2.

First name	Middle initial	Last name	Relationship to child
			<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Step-parent
			<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Step-parent

**5 FAMILY INCOME** List all of your family's **CURRENT** income before taxes. Include wages, unemployment compensation, social security, child support or any other money you regularly receive. You must provide a **COPY** of proof for each type of income you list. The proof must reflect your family's **CURRENT** total income. This could be a copy of any one (or more) of the following: a paycheck stub issued in the last 60 days, your most recent tax return, your most recent social security statement, child support check, proof of self-employment or a letter from an employer telling us your current income and how often you get paid.

Name of person receiving money	Employer(s) name OR sources of income	How much?	How often?
First Middle initial Last		\$ _____	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly
		\$ _____	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly

**NOTE: Questions 6-8 ask for information that could LOWER the cost of your children's health insurance.**

**6** a. Of the family members who live in your home, is anyone pregnant?

No  Yes **IF "YES,"** please list her name and due date.

First (M.I.) Last Due date(Mo./Day/Year)

b. Of the family members who live in your home, does anyone pay for childcare **OR** pay for disabled adult care in order for a family member to work or receive training?

No  Yes **IF "YES,"** please give us the following information. You must send proof of payments with this application to be able to reduce your total income.

Caregiver's or facility's name and phone number	First name of person who receives care	First name of person who pays for care	How much is paid for childcare AND disabled adult care?
Caregiver/facility _____ Phone: _____	First name _____ _____	First name _____ _____	How much? \$ _____
Caregiver/facility _____ Phone: _____	_____	_____	How often? <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly

**7** Of the family members who live in your home, does anyone pay child support and/or alimony to anyone outside your home?

No  Yes **IF "YES,"** you must send proof of how much and how often you pay this amount.

Child support \$ \_\_\_\_\_ How often?  Weekly  Every 2 Weeks  Twice a Month  Monthly

Alimony \$ \_\_\_\_\_ How often?  Weekly  Every 2 Weeks  Twice a Month  Monthly

**8** Your home and one vehicle (car, truck, etc) do not count as assets. If you **ARE** the child's parent or step-parent, answer the following questions based on you and your spouse's assets. If you are **NOT** the child's parent or step-parent, answer the following questions based on **THE CHILD'S ASSETS ONLY.**

a. Not counting your first vehicle, do you have another car, truck or other vehicle worth more than \$6,650?  Yes  No

b. Of the family members who live in your home, does anyone have more than \$2,000 in bank accounts, cash on hand or anywhere else?"  Yes  No

**9** Questions 9(a) and (b) are **VOLUNTARY.**

a. Does any child you are applying for have unpaid medical bills for the past 3 months? If your child(ren) has unpaid medical bills for the 3 months before you applied, the bills **MAY** be covered.  Yes  No

b. Do you want to be referred to the Office of the Attorney General (OAG) for help establishing paternity and obtaining medical or child support for your children?  Yes  No

**10** **AUTHORIZED REPRESENTATIVE** (see instructions)

By checking this box, I give

First Name \_\_\_\_\_ Middle Initial \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_

Street Address \_\_\_\_\_ Apt. No. \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_

permission to apply for benefits or get eligibility/enrollment information relating to my child(ren). I further give CHIP, Medicaid and their contractors permission to release this information to this person.

**11** **YOUR RIGHTS & RESPONSIBILITIES**

**By signing below, I agree to the following:**

**I have the right to:**

- Be treated fairly and equally regardless of my race, color, religion, national origin, gender, age, political beliefs or disability consistent with state and federal law. If I believe I have not been treated fairly and equally, I may call the U.S. Dept. of Health and Human Services at 1-800-368-1019.
- Request information that the State of Texas obtains about me and my children through this application, and to review and correct any wrong information (with a few exceptions).
- Request a fair hearing in writing, in person or by phone from my local DHS office should I be denied Medicaid through this application process and I am not satisfied with the decision.

**I have the responsibility to:**

- Not purposely withhold information or give false facts, or let anyone use my child's health insurance identification or I could be required to pay the state or federal government for any benefit issued incorrectly, and my children's health insurance may be denied or ended.

**I further understand and agree that:**

- This application could lead to my child(ren)'s enrollment in either the Children's Health Insurance Program (CHIP) or Medicaid.
- CHIP, Medicaid and their contractors may verify any information that affects my child(ren)'s eligibility for insurance with other state and federal agencies.
- CHIP, Medicaid and their contractors may exchange information on this application and medical, health or other information relating to my child(ren)'s coverage with other agencies and contractors, including companies offering health insurance to my child(ren), to assist with application, enrollment, administration and quality assurance. The information provided on this application cannot be used by the IRS for tax purposes or by the INS.
- The State of Texas or its designee has the right to receive payments for services and supplies from insurance companies and other liable sources as reimbursement for medical services for my child(ren). My signature below authorizes assignment of medical payments.
- Each provider of medical services to my child(ren) may release any medical or other information necessary in order for the provider to be paid.

**12** **X**

**SIGNATURE (REQUIRED)**

**DATE (REQUIRED)**



SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Al firmar abajo, acepto las siguientes condiciones:

Tengo el derecho de:

- Ser tratado justamente y con igualdad sin distinción de raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, afiliación política o discapacidad, en conformidad con las leyes estatales y federales. Si creo que no me dieron un trato justo y equitativo, puedo llamar al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. al 1-800-368-1019.
- Pedir información de mi y de mis hijos que el estado de Texas obtiene por medio de esta solicitud, y de estudiar y corregir cualquier información incorrecta (con unas pocas excepciones).
- Pedir una audiencia imparcial por escrito, en persona o por teléfono de la oficina local de DHS por si me niegan Medicaid en este trámite de solicitud y no estoy de acuerdo con la decisión.

Tengo la responsabilidad de:

- No ocultar información o dar información falsa intencionalmente, ni permitir que nadie use la tarjeta de identificación del seguro médico de mi hijo. De lo contrario se les podría negar o cancelar el seguro médico a mis hijos, o podrían exigir que pague al gobierno estatal o federal cualquier beneficio que recibí indebidamente.
- El estado de Texas y las personas nombradas por el estado tienen el derecho de recibir pagos por servicios y artículos de compañías de seguro y de otras fuentes responsables, como reembolsos por los servicios médicos de mi hijo. Mi firma a continuación autoriza la asignación de pagos médicos.
- Cada proveedor que le brinde servicios médicos a mi hijo puede divulgar cualquier información médica o de otro tipo necesaria para que le paguen los servicios.

Además, comprendo y acepto que:

- Esta solicitud podría llevar a la inscripción de mi hijo en el Children's Health Insurance Program (CHIP), o en Medicaid.
- CHIP, Medicaid y sus contratistas pueden verificar cualquier información que afecte el derecho de mi hijo a un seguro ofrecido por otro departamento estatal o federal.
- CHIP, Medicaid y sus contratistas pueden intercambiar la información de esta solicitud, además de información médica, de salud, u otra información relacionada con la cobertura de mi hijo, con otras agencias y contratistas, incluyendo compañías que le estén ofreciendo seguro médico a mi hijo, con el propósito de asistir con la solicitud, inscripción y administración, y para asegurar la calidad de servicio. El INS no puede usar la información de esta solicitud y el IRS no la puede usar para propósitos fiscales.

REPRESENTANTE AUTORIZADO

(vea las instrucciones)

Al marcar esta caja, doy permiso a

para que solicite beneficios u obtenga información sobre elegibilidad o inscripción con relación a mi hijo. Además, doy permiso a CHIP, a Medicaid y sus contratistas para que divulguen esta información a esta persona.

Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ním. de apto. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Las preguntas 9(a) y 9(b) son VOLUNTARIAS.

a. ¿Tiene cuentas médicas sin pagar de los últimos tres meses alguno de los niños por los cuales solicita seguro médico? Si su hijo tiene cuentas médicas sin pagar de los tres meses antes de su solicitud, **ES POSSIBLE** que se cubran las cuentas.

SI  NO

b. ¿Quiere un envío a la Procuraduría General (OAG) para que le ayuden a establecer la paternidad de su hijo y a obtener manutención?

SI  NO

SOLAMENTE EN LOS BIENES DEL NIÑO.

Su casa y un vehículo (carro, camión, etc.) no cuentan como bienes. Si usted **ES** uno de los padres o padrastros del niño, conteste las siguientes preguntas basándose en los bienes de usted y su cónyuge. Si **NO** es uno de los padres o padrastros del niño, conteste las siguientes preguntas basándose **SOLAMENTE** en los bienes del niño.

a. Sin contar uno de sus vehículos, ¿tiene un carro, un camión u otro vehículo que valga más de \$6,650?

SI  NO

b. De los miembros de la familia que viven en su casa, ¿tiene alguien más de \$2000 en cuentas bancarias, en efectivo o en otro lugar?

SI  NO

De las personas que viven en su casa, ¿paga alguien manutención o compensación por divorcio a otra persona de fuera del hogar?

SI  NO **Si contesta "SI",** tiene que mandar prueba de cuánto paga y con qué frecuencia.

Manutención \$ \_\_\_\_\_ ? Con qué frecuencia?  Cada semana  Cada 2 semanas  Cada quincena  Cada mes

Compensación \$ \_\_\_\_\_ ? Con qué frecuencia?  Cada semana  Cada 2 semanas  Cada quincena  Cada mes



Use solamente tinta azul o negra.

# Solicitud de la TexCare Partnership

**? Tiene preguntas? Por favor, llame al 1-800-647-6558.**

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA  
CBO# \_\_\_\_\_

**1** Nombre \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio \_\_\_\_\_ N°m. de apto. o lote \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_ (si es diferente a la de domicilio)

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Si necesitamos comunicarnos con usted, ¿cual idioma prefiere?  Inglés  Español  Vietnamita  Otro \_\_\_\_\_

**2** Diganos sobre los niños que viven en su hogar: Use otra hoja si le hace falta. Los niños **TIENEN QUE** vivir en **SU** casa para solicitar.

	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Niño 4
a. Primer nombre e inicial del niño				
b. Apellido del niño				
c. Marque la caja de cada niño por el cual desea solicitar seguro médico.	<input type="checkbox"/> Solicito <input type="checkbox"/> No solicito	<input type="checkbox"/> Solicito <input type="checkbox"/> No solicito	<input type="checkbox"/> Solicito <input type="checkbox"/> No solicito	<input type="checkbox"/> Solicito <input type="checkbox"/> No solicito
d. Parentesco				
e. Fecha de nacimiento (mes/día/año)	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
f. Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
g. ¿Es el niño ciudadano de los EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si contesta "NO", ¿es residente legal?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Los niños que son residentes legales pueden tener derecho a estos programas de seguro médico. Tiene que adjuntar a esta solicitud una copia, frente y dorso, de la Tarjeta de Residencia (I-551). Esta información es solamente para <b>NUESTROS</b> archivos. No afectará su calidad de inmigrante ni la de sus hijos y no se comparará con el INS.				
h. N°m. de Seguro Social del NIÑO				
i. Nombre e inicial de la madre				
j. Apellido de la madre				
k. Nombre e inicial del padre				
l. Apellido del padre				
m. ¿Esta inscrito en la escuela este niño?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
n. Raza (opcional, vea las instrucciones)				
o. ¿Tiene Medicaid actualmente el niño?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
p. ¿Tiene CHIP actualmente el niño?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

# Instrucciones para la solicitud de la TexCare Partnership

Para solicitar cobertura, por favor, llene y firme la solicitud y adjunte copias de la prueba de ingresos y la otra información que debe mandar. Envíe la solicitud adjunta y las pruebas en el sobre que ya tiene nuestra dirección.

## ¿Quién puede solicitar beneficios?

Los padres **QUE VIVEN CON** sus hijos pueden solicitar cobertura para sus hijos que tienen 18 años o menos. También puede llenar la solicitud un abuelo, un familiar u otro adulto **QUE VIVA CON** el niño y lo cuido. Puede solicitar beneficios para usted mismo si es menor de 19 años y vive solo.

**1** Llene la solicitud con tinta azul o negra. Por favor, anote también el número de teléfono de su trabajo si podemos llamarlo allí.

**2** Por favor, llene una columna para cada niño **QUE VIVA CON USTED**. Sólo puede solicitar cobertura para los niños que viven en su casa. Si son más de cuatro niños, por favor, anote la información sobre los demás en otra hoja. Puede solicitar beneficios para usted mismo si es menor de 19 años y vive solo.

## Linea (c)

Por favor, marque donde dice "Solicitó" en la columna bajo el nombre del niño que necesita seguro médico. Si no necesita seguro médico para uno de los niños apuntados, por favor, marque donde dice "No solicitó" en la columna bajo el nombre de ese niño.

**Linea (d)** Por favor, diganos cual es la relación entre usted y cada uno de los niños. Por ejemplo, la relación puede ser "hijo", "nieto" o "sobrino". Si usted no es pariente del niño pero lo cuida, por favor escriba "tutor" en este renglón.

## Linea (g)

Si está solicitando cobertura para un niño que no es ciudadano pero es residente legal, por favor, mande prueba de la calidad de inmigrante del niño (una copia, frente y dorso, de la Tarjeta de Residencia, I-551) del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS). No se exige ninguna información sobre la ciudadanía de los adultos de su familia. Nosotros no compartiremos con el INS ninguna información que usted nos dé y el INS **NO PUEDE** usar esta solicitud ni la inscripción de sus hijos en Medicaid o en el Children's Health Insurance Program (CHIP) para negarle la entrada a los Estados Unidos, para causarle problemas relacionados con su calidad de residente permanente o para deportarlo.

## Linea (h)

Necesitamos el Número de Seguro Social (SSN) de cada niño para el cual solicita seguro médico. Si su hijo no tiene un SSN, podemos ayudarle a solicitar uno. El Número de Seguro Social se usa para comparar información de otros departamentos y contrastas. El Servicio de Impuestos Internos no puede usar el SSN para propósitos fiscales y el INS tampoco lo puede usar.

## Linea (n)

Por favor, diganos la raza de cada niño por el cual solicita seguro médico. Esta pregunta es opcional y se usa solamente para estadísticas. Si decide contestarla, por favor, use los términos "anglo", "afroamericano", "indioamericano", "asiático/de las islas del Pacífico" o "hispano".

**3**

Por favor, llene una columna para cada niño que viva con usted.

## Linea (a)

Marque la cajita "Sr" si el niño actualmente tiene cobertura de seguro médico comercial. Por favor, dé el nombre de la compañía de seguros, el nombre del asegurado, el número de póliza y de grupo y el teléfono de la compañía de seguros. Si su hijo tiene derecho a Medicaid, puede que usted tenga derecho a la ayuda económica para pagar la prima del seguro. Marque la cajita "No" si el niño no tiene seguro médico comercial o si está cubierto bajo un plan de seguro de auto, de compensación al trabajador, contra accidentes o relacionado con el deporte. Si el seguro médico venció en los últimos 90 días, diganos por qué y cuándo se venció, y cuánto pagaba por mes por el seguro. Le preguntamos esto porque es posible que su hijo tenga derecho a CHIP inmediatamente si satisface ciertas condiciones; pero tiene que poder terminar el otro seguro de su hijo inmediatamente, antes de recibir cobertura de CHIP para su hijo. El niño no puede tener cobertura de CHIP y de otro seguro médico, incluso Medicaid, a la vez. Sin embargo, su hijo sí puede tener cobertura de Medicaid y de otro seguro médico al mismo tiempo.

## Linea (b)

Por favor, diganos si hay seguro médico disponible para su hijo por medio de su trabajo o su empleador. Marque la cajita "Sr" si su trabajo o empleador ofrece seguro médico a su hijo. Marque la cajita "No" si su trabajo o empleador **no ofrece** seguro médico para niños.

## 4

Por favor, enumere todos los padres y padrastros **QUE VIVAN CON EL NIÑO**, aunque ya los haya enumerado en la pregunta 2. El propósito de esta pregunta es determinar el número de personas de su familia, y con eso se pueden determinar los programas a los cuales el niño **PUEDE** tener derecho una vez que terminen el trámite de solicitud.

**8**

Por favor, conteste estas preguntas sobre **SUS** bienes si usted es uno de los padres o los padrastros del niño. Si **NO** es uno de los padres o padrastros **del niño**, por favor, conteste estas preguntas sobre los bienes **del niño**. No cuentan su casa y uno de sus vehículos (carro, camión, etc.) y no hay que considerarlos al contestar estas preguntas.

**9**

Estas preguntas son voluntarias. Aunque no conteste las preguntas, su hijo aun puede recibir seguro médico por medio de Medicaid o CHIP.

## Linea (a)

Por favor, diganos si el niño por el cual solicita seguro tiene cuentas médicas sin pagar de los últimos tres meses. Si su hijo tiene cuentas médicas sin pagar a Medicaid, ES **POSIBLE** que las cuentas médicas se cubran. Si quiere que otra persona se comuniqué con nosotros por usted (como su representante), por favor, marque la cajita y dénos el nombre, la dirección y el teléfono de la persona.

**11** +

**12**

Por favor, lea estas secciones detalladamente, luego firme y feche la solicitud. Al firmar y fechar esta solicitud, usted indica que está de acuerdo con todas las declaraciones bajo "Derechos y responsabilidades". Toda solicitud se debe firmar y fechar.



- ## Beneficios
- Selección de doctores
  - Chequeos periódicos y visitas al médico
  - Medicinas recetadas y productos médicos
  - Atención de especialistas
  - Servicios dentales
  - Vacunas e inmunizaciones
  - Anteojos y exámenes de la vista
  - Servicios y atención de hospital
  - Rayos X y pruebas de laboratorio
  - Atención de salud mental
  - Cobertura de niños con necesidades médicas especiales
  - Cobertura de padecimientos preexistentes



**La mayoría de las familias pagarán \$18 ó menos al mes para asegurar a todos los niños.** La **TexCare Partnership** ofrece una forma sencilla de solicitar seguro médico para sus hijos. Los precios varían y se basan en el tamaño, los ingresos y los gastos de la familia.

La **TexCare Partnership** tiene varias opciones para asegurar a sus hijos:

- **Children's Health Insurance Program (CHIP)**
- **Medicaid**
- **Envío a una selección de seguros médicos comerciales**

Cada programa tiene sus propias reglas y sus propios beneficios.

### Children's Health Insurance Program

El Children's Health Insurance Program (CHIP) cubre a los niños desde recién nacidos hasta los 18 años de edad que no llenan los requisitos para Medicaid. Usted puede pagar tan sólo \$15 por año o hasta \$18 por mes por todos los niños. Además, los copagos de las consultas médicas y las medicinas recetadas se basan en el ingreso de su familia. Puede que algunas familias tengan deducibles también. Cada 12 meses, las familias tienen que renovar el seguro.

### Medicaid

Medicaid cubre a los niños de recién nacidos hasta los 18 años de edad de familias con bajos ingresos. Si su hijo tiene derecho a Medicaid, usted no tiene que hacer copagos, ni pagar primas mensuales ni deducibles. Para tener derecho a Medicaid en Texas, tiene que llenar ciertos requisitos de ingreso y bienes que se basan en el número de hijos que tiene y la edad de ellos. Las familias tienen que renovar el seguro cada seis meses.

### Seguro médico comercial

Si los ingresos de su familia son muy altos como para tener derecho a Medicaid o a CHIP, le ofrecemos una guía de información sobre los proveedores de seguros médicos comerciales cerca de usted que ofrecen seguro médico para niños.

### Información importante si usted o sus hijos no son ciudadanos de los Estados Unidos

No compartiremos con el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) ninguna información que usted nos dé. El INS no puede usar esta solicitud ni la inscripción de sus hijos en CHIP o en Medicaid para negarle la entrada a los Estados Unidos, para causarle problemas relacionados con su calidad de residente permanente o para deportarlo. Las familias que solicitan seguro médico **NO** se consideraran una "carga para el Estado"; "Carga para el Estado" es una designación que el INS da a las personas que cree que dependen de los beneficios del gobierno para mantenerse, o que probablemente tengan que depender de estos beneficios en el futuro. Si usted solicita seguro médico para los niños de su familia, su habilidad de vivir o trabajar en los Estados Unidos no cambiará de ninguna manera. Si después de leer este párrafo, todavía le preocupa este asunto, por favor, llame gratis a la TexCare Partnership y nosotros con gusto contestaremos sus preguntas.

**Llame al 1-800-647-6558**

Lunes a viernes de 9 am a 9 pm, sábados de 9 am a 3 pm Zona Central  
(excepto los días festivos federales)

[www.texcarepartnership.com](http://www.texcarepartnership.com)

TexCare Partnership  
P.O. Box 149276  
Austin, Texas 78714-9983

Español/English



**TexCare Partnership**  
Seguro Médico Para Sus Niños  
Al Alcance De Su Presupuesto

