

# 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 por correo la solicitud y las pruebas en un sobre a:

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

## ¿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 cuide. 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.

### Línea (c)

Por favor, marque donde dice "Solicito" 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 solicito" en la columna bajo el nombre de ese niño.

### Línea (d)

Por favor, díganos cuál 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.

### Línea (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.

### Línea (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 contratistas. El Servicio de Impuestos Internos no puede usar el SSN para propósitos fiscales y el INS tampoco lo puede usar.

### Línea (n)

Por favor, díganos 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.

### Línea (a)

Marque la cajita "Sí" 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, díganos 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.

### Línea (b)

Por favor, díganos si hay seguro médico disponible para su hijo por medio de su trabajo o su empleador. Marque la cajita "Sí" 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 padrastos **QUE VIVAN CON EL NIÑO**, aun que 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 padrastos del niño. Si **NO** es uno de los padres o padrastos **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.

### Línea (a)

Por favor, díganos 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 y tiene derecho a Medicaid, ES POSIBLE que las cuentas médicas se cubran.

- 10 Si quiere que otra persona se comunique 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.

Envíe por correo a:  
 TexCare Partnership  
 P.O. Box 149276  
 Austin, TX 78714-9983

# Solicitud de la TexCare Partnership

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

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

Use solamente tinta azul o negra.

1

Nombre \_\_\_\_\_  
Primer nombre Inicial Apellido

Dirección de domicilio \_\_\_\_\_ Núm. de apto. o lote \_\_\_\_\_

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

Dirección postal \_\_\_\_\_ Núm. de apto. o lote \_\_\_\_\_  
(si es diferente a la de domicilio)

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

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

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

2

Díganos 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 cajita 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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Si contesta "NO", ¿es residente legal?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <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 compartirá con el INS.				
h. Núm. de Seguro Social del <b>NIÑO</b>				
i. Nombre e inicial de la madre				
j. Apellido de la madre				
k. Nombre e inicial del padre				
l. Apellido del padre				
m. ¿Está inscrito en la escuela este niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
n. Raza (opcional, vea las instrucciones)				
o. ¿Tiene Medicaid actualmente el niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
p. ¿Tiene CHIP actualmente el niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Niño 4
<b>3</b> a. ¿Tiene seguro médico comercial actualmente el niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Si contesta "Sí",</b> por favor dé la información para cada niño que tiene seguro. Nombre de la compañía de seguros: _____ Nombre del asegurado: _____ Núm. de póliza: _____ Núm. de grupo: _____ Teléfono: _____				
Fecha en que se acabará la cobertura (mes/día/año)	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
<b>Si contesta "No",</b> pero el niño tuvo seguro médico en los últimos 90 días, por favor, marque la cajita que indica por qué no tiene el seguro y escriba la fecha cuando se terminó.	<input type="checkbox"/> Se acabó el trabajo de uno de los padres <input type="checkbox"/> Dejó de ser elegible para Medicaid o CHIP <input type="checkbox"/> Cambió el estado civil de uno de los padres <input type="checkbox"/> Se acabó la cobertura COBRA de uno de los padres <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Se acabó el trabajo de uno de los padres <input type="checkbox"/> Dejó de ser elegible para Medicaid o CHIP <input type="checkbox"/> Cambió el estado civil de uno de los padres <input type="checkbox"/> Se acabó la cobertura COBRA de uno de los padres <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Se acabó el trabajo de uno de los padres <input type="checkbox"/> Dejó de ser elegible para Medicaid o CHIP <input type="checkbox"/> Cambió el estado civil de uno de los padres <input type="checkbox"/> Se acabó la cobertura COBRA de uno de los padres <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Se acabó el trabajo de uno de los padres <input type="checkbox"/> Dejó de ser elegible para Medicaid o CHIP <input type="checkbox"/> Cambió el estado civil de uno de los padres <input type="checkbox"/> Se acabó la cobertura COBRA de uno de los padres <input type="checkbox"/> Otra _____
Fecha en que se acabó la cobertura médica (mes/día/año)	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
b. ¿Podría conseguir seguro médico comercial para el niño por medio del trabajo o del empleador de uno de los padres?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. Si usted u otra persona de su familia <b>QUE VIVE EN SU CASA</b> paga o pagó por cobertura de seguro médico, ¿cuánto paga o pagó al mes <b>EN TOTAL</b> para <b>TODOS</b> los niños?				<b>Total \$</b> _____ /mes

**4** Enumere a todos los padres y padrastos **QUE VIVAN CON LOS NIÑOS**, incluso los que enumeró en la primera página de la solicitud. Por favor, enumérelos aunque los haya enumerado en la pregunta 2.

Primer nombre	Inicial	Apellido	Parentesco con el niño
			<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro
			<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro

**5 INGRESOS DE LA FAMILIA** Escriba todos los ingresos **ACTUALES** de la familia antes de sacar impuestos. Incluya salarios, compensación por desempleo, cheque de Seguro Social, pagos de manutención o cualquier otro dinero que usted reciba regularmente. Tiene que dar una **COPIA** de una prueba de cada tipo de ingreso de la lista. Las pruebas deben reflejar los ingresos **TOTALES ACTUALES** de su familia. La copia de la documentación podría ser una (o más) de las siguientes: un talón de cheque de paga hecho en los últimos 60 días, la declaración de impuestos más reciente, una copia de la declaración de Seguro Social más reciente, un cheque del pago de manutención, una carta de un empleador que diga cuánto gana usted y con qué frecuencia le paga.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre del empleador <b>O</b> fuente del ingreso	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
Nombre Inicial Apellido		\$ _____	<input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Cada quincena <input type="checkbox"/> Cada mes
		\$ _____	<input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Cada quincena <input type="checkbox"/> Cada mes

**NOTA:** las preguntas 6 a 8 piden información que podría **REDUCIR** el costo de seguro médico de sus hijos.

**6** a. De las personas que viven en su casa, ¿alguna está embarazada?

Sí  No **Si contesta "Sí",** por favor, escriba su nombre y cuándo dará a luz.

Nombre	Inicial	Apellido	Fecha en que dará a luz (mes./día/año)

b. De las personas que viven en su casa, ¿alguna paga cuidado de niños **O** cuidado de un adulto discapacitado para que un miembro de la familia pueda trabajar o recibir entrenamiento?

Sí  No **Si contesta "Sí",** por favor, dénos la siguiente información. Tiene que mandar prueba de los pagos con esta solicitud para poder reducir su total de ingresos.

Nombre y teléfono de la persona o el centro de cuidado	Primer nombre de la persona que recibe el servicio	Primer nombre de la persona que paga el cuidado	¿Cuánto paga de cuidado de niños <b>Y</b> de adultos discapacitados?
Cuidador/ centro _____ Teléfono: _____	Primer nombre _____	Primer nombre _____	¿Cuánto? \$ _____
Cuidador/ centro _____ Teléfono: _____	_____	_____	¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Cada quincena <input type="checkbox"/> Cada mes

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

Sí  No **Si contesta "Sí",** 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

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

**9 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 POSIBLE** que se cubran las cuentas.  Sí  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?  Sí  No

**10 REPRESENTANTE AUTORIZADO** (vea las instrucciones)

Al marcar esta cajita, doy permiso a

Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Núm. de apto. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

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.

**11 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 mí 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.

**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 a 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.
- 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 reembolso 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.

Envíe la solicitud y las pruebas por correo a TexCare Partnership, P.O. Box 149276, Austin, TX 78714-9983