

DSHS FUNDING SOURCE – Screening and Eligibility Form
DSHS La Fuente-Investigación de la financiación y la elegibilidad forman

Applicant Information/Información del solicitante

Name (Last, First, Middle) Nombre (Apellido, primero, segundo)		Home Telephone Number Teléfono de la casa		Email Address correo electrónico	
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

Household Information/ Información de la unidad familiar

Fill in the first line with information about yourself. Fill in the remaining lines for everyone who lives in the house with you for which you are legally responsible. / Llene la primera línea con información acerca de usted mismo. Llene las líneas restantes acerca de todos que viven con usted, y es legalmente responsable.

Name (Last, First, Middle) Nombre (Apellido, primero, Segundo)	SSN (optional) Núm. De Seguro Social (opcional)	Date of Birth Fecha de nacimiento	Age Edad	Sex Sexo	Race Raza	What Relation to you? Parentesco con usted	U.S. Citizen Ciudadano estadounidense Yes/si or No
1.						Self/ Yo mismo	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
2.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
3.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
4.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
5.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
6.							<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No

List all of your household's income below. Be sure to include the following: Government checks; money from work; money you collect from charging room and board; cash gifts, loans, or contributions from parents, relatives, friends, and others; sponsor's income; school grants or loans; child support; and unemployment. / Haga una lista de los ingresos de la unidad familiar a continuación. Asegúrese de anotar: Cheques del gobierno ; ingresos o de capacitación ; dinero que recibe de cobros de cuarto y comida ; regalos en efectivo, préstamos, o aportaciones de sus padres, familiares, amigos, y otras personas ; los ingresos del patrocinador ; becas o préstamos de la escuela ; manutención de niños, o pagos por desempleo.

Name of person receiving money Nombre de la persona que recibe el dinero	Name of agency, person, or employer who provides the money Nombre del patrón o la agencia que paga el dinero	Amount received Cantidad Recibida	How often received? (daily, weekly, every two weeks, twice a month, monthly?) ¿Con qué frecuencia lo recibe? (¿diariamente, por semana, cada quincena, una vez al mes?)

Do you have an immediate medical need? ¿Tiene usted una necesidad médica inmediata?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
Do you – does any one in your household – have health care coverage (Medicaid, Medicare, CHIP, health insurance, V.A., Tricare, etc.)? ¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar la cobertura médica (Medicaid, Medicare, CHIP, seguro medico, V.A., Tricare, etc.)	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
If yes, who? /Si contesta "Si," ¿quién? Name of person: Nombre de la persona :	
Do you – does any one in your household – have any special circumstances? ¿Le hace – hace cualquiera en su casa – tiene alguna circunstancia especial?	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
If yes, who? /Si contesta "Si," ¿quién? Name of person: Nombre de la persona :	

The statement 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 en que yo no califique y que tenga que devolver el pago al Programa.

Signature – Applicant / Firma – Solicitante	Date / Fecha	Signature – Spouse / Firm – Esposo o Esposa (if applicable)	Date / Fecha
Signature – Person Who Helped Complete this Application – Firma – Persona que ayudo completar esta aplicacion	Relationship to Client / Relacion al cliente		Date / Fecha

DSHS FUNDING SOURCE – Screening and Eligibility Form
DSHS La Fuente-Investigación de la financiación y la elegibilidad forman

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