



Solicitud del Programa de Salud para la Mujer de Texas

El Programa de Salud para la Mujer ofrece un examen cada año, pruebas de detección, tratamientos para ciertas enfermedades de transmisión sexual y anticonceptivos por 12 meses.



Llene los datos sobre usted: la mujer que solicita beneficios.

Nombre	Apellido	Inicial	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social	Agency Use Only/ Sólo para uso del departamento Date Received
Dirección de su casa - Calle		Ciudad		Código postal	Condado

Escriba su dirección postal abajo si es diferente a la dirección de su casa. Si escribe una dirección postal, le enviaremos las cartas sobre su caso a esta dirección y no a la de su casa.

Dirección postal - Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Número de teléfono al que podemos llamar para hablar sobre su caso o beneficios. Código de área y número de teléfono	Número de licencia de manejar o de identificación:	¿A cuál grupo étnico pertenece? (No tiene que contestar.) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No Hispano		

Si no es hispana, ¿cuál es su raza? (No tiene que contestar.)
 Indio americano o nativo de Alaska Negro o afroamericano Blanco Asiático Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico No se

¿Es ciudadana de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si contesta "Sí", dé pruebas)	¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es inmigrante legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si contesta "Sí", dé pruebas)	(1) ¿Ha tenido un procedimiento de esterilización (como una ligadura de trompas o <i>Essure</i>)?, y (2) ¿es estéril ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguien en su casa recibe beneficios de WIC ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si contesta "Sí", dé pruebas)	

¿Tiene seguro médico que cubre servicios de planificación familiar? Sí No

- Si contesta "Sí": Si presentamos una reclamación de pago a su seguro médico, ¿le provocará daño físico, emocional o de otro tipo por parte de su esposo, sus padres u otra persona? Sí No
 - Si contesta "Sí": Díganos por qué le causaría daño si presentamos una reclamación de pago a su seguro médico. Si necesita más páginas, asegúrese de que cada página tenga su nombre y número de Seguro Social.

¿ Recibe beneficios de CHIP o Medicare Parte A o B? Sí No

Díganos sobre todas las personas que viven en su casa.
 No vuelva a llenar los datos de la mujer que se menciona arriba. Use páginas adicionales si necesita más espacio.

Nombre (primero, apellido, inicial)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social*	Sexo*	Raza*	Relación con usted

Díganos sobre el dinero que reciben en la casa (ingresos). Asegúrese de mencionar: (1) el dinero que todos reciben por capacitación o trabajo; (2) el dinero en efectivo, regalos, préstamos o cualquier dinero de padres, familiares u otras personas; (3) la manutención de niños; y (4) los cheques de desempleo o del gobierno. Tiene que dar prueba del dinero que recibe cada persona.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre del empleador, la persona o la agencia que da o paga el dinero	¿Cada cuánto se da o paga el dinero? (cada semana, cada quincena, dos veces al mes o cada mes)	Cantidad pagada o recibida

Díganos los gastos de todas las personas en la casa que pagan por: (1) cuidado de niños y de adultos, pensión alimenticia, (2) manutención de niños ordenada por la corte, o (3) transporte de ida y vuelta de sus hijos al cuidado de niños. Tiene que dar prueba de estos gastos.

¿Cuánto paga?	¿Cada cuánto lo paga? (cada semana, cada quincena, dos veces al mes o cada mes)	Nombre, dirección y número de teléfono de la persona a la que le paga

Registro para votar:
 Llenar la solicitud del registro para votar o negarse a registrarse no afectará la cantidad de asistencia que este departamento le dará.
 Si no está registrada para votar donde vive ahora, ¿le interesa llenar hoy mismo la solicitud del registro para votar? Sí No
 SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, ESO SIGNIFICARÍA QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. Si quiere ayuda para llenar la solicitud del registro para votar, le podemos ayudar. Usted decide si necesita o quiere aceptar la ayuda. Puede llenar la solicitud en privado. Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse o negarse a registrarse para votar, o con su derecho de escoger un partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja en Elections Division, Secretary of State, PO Box 12060, Austin, TX 78711. Teléfono: 1-800-252-8683.

La información que nos dé relacionada con esta solicitud está sujeta a revisión por la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas y otras agencias estatales. Al firmar esto, acepta que los datos que dió se puede usar para determinar si puede recibir beneficios del Programa de Salud para la Mujer de Texas, administrado por la HHSC.

"Certifico bajo pena de perjurio que la información que doy en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Si no lo es, se me puede enjuiciar penalmente. Entiendo que esta solicitud no se usa para determinar si puedo recibir beneficios de Medicaid, pero puedo solicitar beneficios de Medicaid en cualquier momento".

_____	_____	_____	_____
Firma del solicitante	Fecha en que se firmó	Firma del testigo (Necesaria si el solicitante firmó con una "X")	Fecha en que se firmó



Agency Use Only/ Solo para uso del departamento Voter Registration Status

Already registered Client declined Agency transmitted Client to mail Mailed to client Other

Agency staff signature: _____

Ciudadanía. Para mostrar prueba de ciudadanía de los Estados Unidos puede enviar copias de: 1) Pasaporte de Estados Unidos, 2) Certificado de naturalización o 3) Certificado de ciudadanía de Estados Unidos. Si no tiene uno de esos documentos, puede enviar copias del certificado de nacimiento y la licencia de manejar o una tarjeta de identificación vigentes con foto. Para las personas nacidas en Texas, quizás podamos obtener el certificado de nacimiento electrónicamente y no tendrá que presentarla. Llame al 2-1-1 para más información sobre qué otros documentos se aceptan como prueba de ciudadanía. No tiene que dar pruebas sobre la ciudadanía de ninguna persona en su casa que no está solicitando beneficios.

Inmigración. Puede enviarnos copias de uno de los siguientes documentos como prueba de su estado migratorio: 1) tarjeta de residente permanente o 2) un documento de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (antes el INS). No tiene que darnos información del estado migratorio de nadie que vive en su casa que no solicita beneficios. Puede solicitar y recibir beneficios para los familiares que llenan los requisitos, aunque otros miembros de la familia no tengan derecho a beneficios debido a su estado migratorio. Si usted o algún familiar reciben beneficios de Medicaid, del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o de los beneficios de comida del SNAP, no afectará su estado migratorio ni su capacidad de obtener la tarjeta verde. Si usted o algún familiar reciben cuidado institucional a largo plazo, como en una casa de reposo, su estado migratorio podría afectarse. Antes de solicitar beneficios, hable con una agencia que contesta las preguntas legales de inmigrantes. Los refugiados y las personas a quienes se les da asilo pueden recibir cualquier beneficio, incluso la ayuda de dinero en efectivo, sin que afecte su habilidad de obtener la tarjeta verde o la ciudadanía de los Estados Unidos.

* **Números de Seguro Social.** Sólo tiene que darnos el número de Seguro Social (SSN) de la persona que solicita beneficios. Si no tiene un SSN, podemos ayudarle a solicitar uno. Antes de poder recibir los beneficios, tiene que darnos su SSN o estar tramitando uno. La Sección 405(a)(2)(C)(i) del 42 U.S.C. nos autoriza a exigir los números de Seguro Social de los solicitantes de beneficios bajo el Programa de Salud para la Mujer de Texas. No le daremos su SSN a la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (antes el INS). No tiene que dar el número de Seguro Social de ninguna persona que viva en su casa que no esté solicitando beneficios.

Usamos los números de Seguro Social para revisar la cantidad de dinero que recibe (sus ingresos) y los ingresos de las personas que viven en su casa. También usamos estos números para verificar la información sobre usted por medio de otras agencias (como la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos y las compañías de informes de crédito) y para recuperar los beneficios a los que no tenía derecho. También podríamos dar los números de Seguro Social a las compañías telefónicas o de electricidad para ayudarles a determinar si pueden reducir sus cuentas. También podríamos dar los números de Seguro Social a otros grupos para ver si puede recibir otros beneficios según su necesidad.

* **Raza, grupo étnico y sexo:** Le pedimos que nos dé información sobre su raza, grupo étnico y sexo, pero no tiene que darnos estos datos si no quiere. Lo mismo aplica a todas las personas que viven en su casa. Usamos esta información para asegurarnos de ofrecer beneficios sin distinción de raza, color u origen nacional. Dar o no esa información no afectará nuestra decisión de ofrecerle beneficios ni la cantidad que recibirá.

Discriminación. De acuerdo con la ley y las normas estatales, esta institución tiene prohibida la discriminación por raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o religión. Si cree que han discriminado contra usted, puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC por correo a:

HHSC, Director, HHSC Civil Rights Office
701 W. 51st St., Suite 104, MC W-206
Austin, TX, 78751

O puede enviar su carta por fax a la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC al 1-512- 438-5885.

O puede llamar al 1-888-388-6332 (voz) o al 1-512- 438-2960 (TDD).

WIC. Los documentos que aceptamos como pruebas de que recibe beneficios de WIC son, entre otros: 1) una carta de Verificación de Certificación de WIC o 2) un cupón activo de WIC o una Lista de compras de EBT.

Dinero que reciben todas las personas en su casa (ingresos). Envíe pruebas como:

- Talones de cheque de pago.
- Copias de cheques.
- Declaración del empleador.
- Expedientes de trabajo por su cuenta.
- Declaración de la persona que da el dinero. La declaración debe indicar el nombre, la dirección, el número de teléfono y la firma de esta persona con la fecha.

Gastos que pagan todas las personas en su casa. Envíe pruebas como:

- Copias de cheques.
- Talones de cheques.
- Declaración de la persona a la que usted paga. La declaración debe indicar el nombre, la dirección, el teléfono y la firma de esa persona, con la fecha, y cuándo y cuánto le paga.
- Copia del expediente del secretario judicial del distrito.

Preguntas: Llame gratis al 2-1-1 o al 1-877-541-7905.

Haga copias de todos los documentos de prueba y envíelos por fax con la primera página de esta solicitud al 1-866-993-9971 (llamada gratis).