

Application for Medicaid for Youth Transitioning from Foster Care
Solicitud de Medicaid para jóvenes que salen del cuidado temporal

Please answer all questions as completely and accurately as you can./Por favor, conteste todas las preguntas tan cuidadosa y correctamente como pueda.

Name (Last, First, Middle)/Nombre (Apellido, primer nombre, segundo nombre) □□□□□		Date of Birth/Fecha de nacimiento □□□□□		Social Security No./Núm de Seguro Social □□□□□	
Home Address/Dirección del domicilio □□□□□			City/Ciudad □□□□□	State/Estado □□□□	ZIP/Código postal □□□□□
Mailing Address (if different from home address)/Dirección postal (si es diferente a su domicilio) □□□□□			City/Ciudad □□□□□	State/Estado □□□□	ZIP/Código postal □□□□□
Area Code and Telephone No./Clave del área y teléfono Home/De la casa □□□□□ Other/Otro □□□□□				Are you a U.S. citizen?/¿Es usted ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	
Are you a legal alien?/¿Es usted extranjero legal? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No		Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino		Are you Hispanic or Latino?/¿Es usted hispano o latino? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	
What is your race? (select one or more)/¿Cuál es su raza? (Escoja una o más) <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native/Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asian/Asiático <input type="checkbox"/> Black or African American/Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander/Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacifico <input type="checkbox"/> White/Blanco					
Do you have medical insurance?/¿Tiene usted seguro médico? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No		Name of Insurance Company/Nombre de la compañía de seguros □□□□□			
Insurance Company's Area Code and Telephone No./Clave del área y teléfono de la compañía de seguros □□□□□			Do you have Medicaid?/¿Recibe usted Medicaid? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No		
Do you have unpaid medical bills for services received three months before this month?/¿Tiene usted cuentas médicas sin pagar por servicios que recibió en los tres meses anteriores a este mes? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			If yes, in which months did you receive medical services?/Si contesta "Sí", ¿en cuáles meses recibió servicios médicos? □□□□□		
List your current income before taxes. Include wages, unemployment compensation, Social Security or any other money you regularly receive./Anoté sus ingresos actuales, antes de la deducción de impuestos. Incluya el sueldo, compensación de desempleo, seguro social o cualquier otro dinero que recibe con regularidad.					
Employer Name or Source of Income/Nombre del empleador o fuente de ingresos □□□□□	How much?/¿Cuánto recibe? \$ □□□	How often are you paid?/¿Con qué frecuencia lo recibe? <input type="checkbox"/> Weekly/Cada semana <input type="checkbox"/> every 2 weeks/Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> twice a month/Cada quincena <input type="checkbox"/> monthly/Cada mes			
□□□□□	\$ □□□	<input type="checkbox"/> Weekly/Cada semana <input type="checkbox"/> every 2 weeks/Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> twice a month/Cada quincena <input type="checkbox"/> monthly/Cada mes			
□□□□□	\$ □□□	<input type="checkbox"/> Weekly/Cada semana <input type="checkbox"/> every 2 weeks/Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> twice a month/Cada quincena <input type="checkbox"/> monthly/Cada mes			
Do you have more than \$10,000 in bank accounts, cash on hand, or anywhere else that is available to you?/¿Tiene usted más de \$10,000 en cuentas bancarias, efectivo a la mano o en cualquier otro lugar que esté a su disposición? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No					
Do you have two or more cars, trucks or other vehicles worth more than \$10,000 each?/¿Tiene dos o más carros, camionetas u otros vehículos de un valor de más de \$10,000 cada uno? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No					
I understand that information I provide in connection with this application is subject to verification by HHSC and other state and federal agencies. My signature below authorizes release of this information and indicates that I agree that this information may be used to determine if I qualify for assistance.			Entiendo que la información que brinde en conexión con esta solicitud está sujeta a verificación de la HHSC y otros departamentos estatales y federales. Mi firma a continuación autoriza la divulgación de esta información e indica que acepto que esta información sea utilizada para determinar si lleno los requisitos para recibir ayuda.		
I certify under penalty of perjury that the information I have provided on this application is true and complete to the best of my knowledge. If it is not, I may be subject to criminal prosecution.			Certifico bajo pena de perjurio que la información que brindé en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Si no lo es, yo podría estar sujeto a enjuiciamiento penal.		
_____ Signature/Firma			_____ Date/Fecha		

Your Rights and Responsibilities

Social Security Number: You will be asked to provide your Social Security number if you want assistance. If you do not have a Social Security number, we can help you apply for one. Providing or applying for a Social Security number is required as a condition of eligibility for benefits as required by Section 1137 of the Social Security Act. The authority for this medical assistance benefits requirement is 42 C.F.R. 435.910. We will not share your Social Security number with the U.S. Citizenship and Immigration Services. Social Security numbers are used to verify eligibility, to conduct computer matching with other agencies such as Texas Workforce Commission, the Social Security Administration, the Internal Revenue Service and other matching sources and to recover benefits you were not entitled to receive.

Race, Ethnicity and Gender: You will be asked to provide information about your race, ethnic background and gender. You are not required to provide this information. This information is used to show that benefits are provided without regard to race, color, gender or national origin. It will not affect your eligibility.

Health and Hospitalization Information: According to state law, a recipient of Medicaid automatically gives HHSC his or her right to financial recovery from personal health insurance, other recovery sources and money received as a result of personal injuries, to the extent HHSC has paid for medical services. This allows HHSC to recover the costs of medical services paid for by the Medicaid program. Any applicant or recipient who knowingly withholds information regarding any sources of payment for medical services violates state law.

Discrimination: In accordance with state and federal law, you have the right to be treated fairly and equally regardless of your race, color, religion, national origin, gender, age, political beliefs or disability. If you believe you have been discriminated against, you may contact the Texas Health and Human Services Commission, Civil Rights Office, by writing to: HHSC, Civil Rights Office, 701 W. 51st St., Suite 104, MC W-206, Austin, TX 78751; calling 888-388-6332 (toll free), 512-438-2960 (TDD) or 1-877-432-7232 (toll free TTY); or faxing 512-438-5885.

Fair Hearing: You have the right to appeal and have a fair hearing if you are: (1) not notified in writing of the decision regarding your application; (2) denied benefits from the Medicaid program; or (3) dissatisfied with any other decision that affects your receipt of Medicaid benefits.

Reporting Changes: I agree to report a change of address within 10 days of when the change occurs.

Sus derechos y responsabilidades

Número de seguro social: se le pedirá que proporcione su Número de Seguro Social si desea recibir asistencia. Si no tiene Número de Seguro Social, le podemos ayudar a solicitar uno. Se le exige que proporcione o solicite un Número de Seguro Social como condición de elegibilidad para recibir beneficios según lo requiere la Sección 1137 de la Ley del Seguro Social. La autoridad para estos requisitos para asistencia médica es 42 C.F.R. 435.910. No compartiremos su Número de Seguro Social con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE.UU. El Número de Seguro Social se utiliza para verificar si reúne los requisitos, para efectuar comparaciones por computadora con otros departamentos, como la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, la Administración de Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos y con otras fuentes de comparación, y para recuperar beneficios a los que no tenía derecho.

Raza/origen étnico y sexo: se le pedirá que proporcione información sobre su raza, origen étnico y sexo. Esta información es voluntaria y se usa para asegurar que se proporcionen los beneficios sin distinción de raza, color, sexo y origen nacional. Esto no afectará su elegibilidad.

Información de salud y hospitalización: de acuerdo con la ley estatal, un cliente de Medicaid cede automáticamente a la HHSC su derecho de cobrarle a un seguro médico personal, a otras fuentes de pago y al dinero recibido como resultado de daños personales, en la medida en que la HHSC haya pagado por servicios médicos. Esto le permite a la HHSC recuperar los costos de los servicios médicos pagados por el programa de Medicaid. Cualquier solicitante o cliente que oculte información intencionalmente con respecto a cualquier fuente de pago por servicios médicos está violando la ley estatal.

Discriminación: usted tiene el derecho de recibir un trato justo y equitativo sin distinción de raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, creencias políticas o discapacidad de acuerdo con las leyes estatales y federales. Si cree que lo han discriminado, puede comunicarse por escrito con la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC en: Texas Health and Human Services Commission, Civil Rights Office, 701 W. 51st St., Suite 104, MC W-206, Austin, TX 78751 o llame al 1-888-388-6332 (gratis), al 1-512-438-2960 (TDD), o al 1-877-432-7232 (TTY gratis) o al 1-512-438-5885 (fax).

Audencia Imparcial: usted tiene derecho a una apelación o a una audiencia imparcial si: (1) no le avisan por escrito sobre la decisión en cuanto a su solicitud; (2) le niegan los beneficios del programa de Medicaid; o (3) no está satisfecho con ninguna otra decisión que afecta su derecho de recibir beneficios de Medicaid.

Informe de cambios: estoy de acuerdo en informar sobre cambios de dirección dentro de 10 días de cuando ocurra.

Other Important Information

This application is used only to apply for Medicaid for Youths Aging Out of Foster Care under the Chafee Foster Care Independence Act coverage group. To apply for any other Medicaid coverage or other state benefits, you must complete an application at your local HHSC benefits office. You can call 2-1-1 toll free to find a location near you.

Otra información importante

Esta solicitud se usa solamente para solicitar Medicaid para jóvenes que salen del cuidado temporal bajo el grupo cubierto por la Ley de Chafee de Independencia del Cuidado Temporal. Para solicitar cualquier otra cobertura de Medicaid u otros beneficios estatales, tiene que llenar una solicitud en la oficina local de beneficios de la HHSC. Puede llamar gratis al 2-11 para encontrar una cerca de usted.

Instructions for returning this application:

After completing and signing this application, return it in the postage-paid envelope that may have been included. If you do not have a postage-paid envelope, you can mail the application to:

Instrucciones para enviar esta solicitud:

Después de llenar y firmar esta solicitud, envíala en el sobre prepagado que quizás se haya adjuntado. Si no tiene un sobre prepagado, puede enviarla a:

Centralized Benefit Services (954-X)
Texas Health and Human Services Commission
P. O. Box 149030
Austin, Texas 78714-9947

For questions about this program, call the toll-free number, 1-800-248-1078, between 8 a.m. and 5 p.m. Central Time.

Para preguntas sobre este programa, llame gratis al 1-800-248-1078, de 8 a.m. a 5 p.m. hora central.