Galveston County Indigent Health Care Program (CIHCP)
INSTRUCTIONS/ *INSTRUCCIONES*

Your packet MUST include:
Su paquete DEBE incluir:

- ☐ Pre-Screening Form/ *Forma de pre-determinación*
- ☐ Information Release Form/ *Forma de Revelación de información*
- ☐ Application for Health Care Assistance/*Solicitud de Asistencia Medica*
- ☐ Required Documents from Checklist/*Documentos Requeridos de la Lista*

You must complete and sign all forms and you must provide all the required documentation, otherwise your application for assistance may be delayed or denied.

Es requerido que llene cada solicitud y firme todas las formas adjuntas al igual que proveer la documentación de la lista adjunta, de lo contrario su petición para asistencia podría ser atrasada o negada.

To submit your application, please mail forms and documents to:

Para someter su aplicación, favor de mandar las formas y documentos por correo a:

GCIHCP
P.O. Box 939
La Marque, TX 77568

Or drop off at/*O entregar en persona a:*

Coastal Health & Wellness
9850-C Emmett F Lowry Exp
Texas City, TX 77591

Please put your forms and documents in an envelope or folder so your Information won't be lost. If the clinic is closed, you are more than welcome to put it in the blue drop box outside of the location .

Favor de poner sus formas y documentos en un sobre o en una carpeta para que su información no se pierda. Si la clínica esta serrada, pueden dejar las cosas en la cajita afuera de la clínica que es azul.

If you need assistance with your application or have questions, please contact the CIHCP Office:
Si necesita asistencia con su aplicación o si tiene alguna pregunta, por favor llámenos a la oficina a:

Office/*Oficina*: (409) 949-3439

Email/*Correo Electrónico*: countyindigent@gchd.org

Galveston County Indigent Health Care Program (CIHCP)
Pre-screening Form / *Forma de pre-determinacion*

Date / Fecha: _____

Applicant's name / *Nombre del aplicante*: _____

Date of birth / *Fecha de Nacimiento*: _____

In order to expedite your case, Galveston County requires you to provide the following information:
Con elfin de agilizar su caso, el Condado de Galveston require que provea la siguiente informacion:

Residence: What County do you live in? / *Lugar donde vive: / En que condado vive?*

☐ Galveston County / Condado de Galveston

☐ Other county / Otro condado _____

Citizenship: What is your legal status? / *Cuidadania, Cual es su situacion legal?*

☐ United States Citizen (by birth or naturalization) / *Cuidadano de Los Estados Unidos (por Nacimiento o por naturalizacion)*

☐ Lawful Permanent Resident (LPR) / *Residente Permanente Legal (LPR)*

☐ Temporary Workers Visa / *Visa Temporal para Trabajadores*

☐ Special Visa / *Visa Especial*

☐ Other / *Otro*

Marital Status / *Estado Civil*

☐ Single / *Soltero*

☐ Married / *Casado*

☐ Divorced / *Divorciado*

☐ Widowed / *Viudo*

☐ Separated / *Separado*

☐ Common Law Marriage / *Union Libre*

The statements I have made, including my answers to all questions, are true and correct to the best of my knowledge. / L*as declaraciones que he hecho, incluyendo mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas dentro de mi conocimiento.*

_____ _____
Printed Name / Nombre en letra de molde Signature / Firma

OFFICE USE ONLY: Form Sent by _____

TEXAS Department of State Health Services

Form/Formulario 108

COUNTY INDIGENT HEALTH CARE PROGRAM
CASE RECORD INFORMATION RELEASE
PROGRAMA DEL CONDADO DE ATENCIÓN MÉDICA AL INDIGENTE
REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE EXPEDIENTE DE CASO

Case Record Name/Nombre en el expediente de caso	**Case Record Number**/Número de expediente de caso

I do hereby authorize persons, organizations, or establishments having information or records concerning me/us (or) my/our circumstances, to furnish such information to a representative of the County Indigent Health Care Program.

I hereby grant permission for the County Indigent Health Care Program to obtain information which may have a bearing on my/our eligibility for assistance.

This release form is valid for six months after the date signed.

Yo, por este medio, autorizo a las personas, organizaciones o establecimientos que tengan información o documentos sobre mí/nosotros o sobre mis/nuestras circunstancias para que den dicha información a un representante del Programa del Condado de Atención Médica al Indigente.

Yo, por este medio, doy permiso al Programa del Condado de Atención Médica al Indigente para que obtenga la información que pudiera incidir en mi/nuestro derecho a recibir asistencia.

Este formulario de revelación es válido por seis meses a partir de la fecha en que se firma.

Person or Agency to Whom Information Will Be Released/Persona o agencia a quien se revelará la información

GALVESTON COUNTY HEALTH DISTRICT

☐ **Specific Request (Specify in 1 and 2 below.)**
Petición específica (especifique en 1 y 2 a continuación).

1. **Information Requested**/Información pedida: _____

2. **Period Covered (Dates)**/Periodo cubierto (fechas): _____

☑ **General Request (Any information available may be released.)**
Petición general (puede revelarse toda la información disponible).

Incluyendo, pero no limitado a busqueda de bienes y datos personales, inscripcion a otros programas del estado o seguro medico.

Signature- Applicant or Recipient/Firma – Solicitante o beneficiado	**Date**/Fecha
Signature – Spouse/ Firma - Cónyuge	**Date**/Fecha
Signature – Guardian, Power of Attorney, Parent of Minor Child/ Firma - Tutor, poder notarial o padre/madre del menor	**Date**/Fecha

Galveston County Indigent Health Care Program (CIHCP)
Lista de Verificación de Documentación Requerida

DEBE incluir lo siguiente con su solicitud:

☐ **Copia de su identificación oficial con foto y la de su cónyuge. Uno de los siguientes:**

- ✓ Licencia de conducir de Texas
- ✓ Tarjeta de identificación de Texas
- ✓ Tarjeta de Residentes Permanentes
- ✓ Pasaporte Estadounidense

☐ **Copia de la prueba de su ciudadanía o residencia legal estadounidense. Uno de los siguientes:**

- ✓ Tarjeta de Seguro Social
- ✓ Acta de Nacimiento
- ✓ Documentación del Departamento de Seguridad Nacional
- ✓ Tarjeta de registro de votantes
- ✓ Pasaporte Estadounidense

☐ **Comprobante de dirección física actual a su nombre y/o el de su cónyuge fechado en los últimos 60 días. Uno de los siguientes:**

- ✓ Facturas de servicios públicos
- ✓ Pago de alquiler/hipoteca
- ✓ Registro de Votación
- ✓ Correo

☐ **Verificación de ingresos MAS RECIENTES para lo que se aplique a usted y/o miembros de su hogar.**

- ✓ Talón de pago (si le pagan semanal, 4; quincenal, 3; o mensual, 2)
- ✓ Carta de concesión de desempleo
- ✓ Manutención de los hijos
- ✓ Discapacidad del Seguro Social
- ✓ Ingresos de Seguro Social
- ✓ Declaración de impuestos/negocios
- ✓ Formularios W-2
- ✓ Órdenes Judiciales (acuerdo, divorcio, etc.)
- ✓ Regalos y prestamos en efectivo
- ✓ Pagos del Seguro de Jubilación, Sobrevivientes y discapacidad
- ✓ Pensión
- ✓ Pagos de Asuntos de Veteranos
- ✓ Ingresos de trabajo por cuenta propia
- ✓ Fondos fiduciarios, acciones, bonos, etc.
- ✓ Pagos de compensación para trabajadores
- ✓ Cualquier dinero recibido por un miembro de la familia

☐ **Estado de cuenta o impresiones bancarias actuales si usted o su cónyuge tienen una cuenta corriente o de ahorros. Esto incluye cuentas personales, comerciales, y conjuntas. (cashapp, venmo, paypal, direct express, etc.)**

☐ **Copia de títulos o formularios de registro en todos los vehículos de su propiedad y/o su cónyuge. Incluyendo cualquier casa rodante (RV), vehículo de cuatro ruedas, barcos, remolques de barcos, etc.**

☐ **Declaración de pago actual si todavía está pagando por cualquier vehículo(s).**

☐ **Si usted o cualquier otro miembro de su hogar tiene Medicaid, incluya una copia de la tarjeta de Medicaid.**

☐ **Si usted o cualquier otro miembro de su hogar tiene seguro médico, incluya una copia de la tarjeta del seguro médico.**

☐ **Si tiene alguna propiedad, incluya información y valor de la propiedad. Incluye casas móviles, lotes baldíos, etc.**

☐ **Si usted y/o su cónyuge han solicitado ingresos del Seguro Social, incluya una copia de la(s) carta(s) de aprobación/denegación.**

Si se necesita cualquier otra información después de que se revise su solicitud y documentos, se le dará 14 días trabajados para proporcionar la documentación necesaria. Sin embargo, si no trae la documentación requerida dentro del plazo de 14 días trabajados su caso podría ser denegado.

Si tiene alguna pregunta, favor de llamar: (409) 949-3439 o email: countyindigent@gchd.org

TEXAS
Health and Human Services

Formulario 3064-S
Enero de 2020-E

Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes

Solicitud de asistencia médica

For Office Use Only (Solo para uso de la oficina)				
Status ◯ Application ◯ Review	Date Form 3064 Requested/Issued	Date Identifiable Form 3064 Received	Case Record No.	Appointment Date and Time, if applicable

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Código postal y núm. de teléfono.	Otro núm. de teléfono con código de área

¿Alguna vez ha usado otro nombre? De ser así, indique los nombres que ha usado.
◯ Sí ◯ No

Domicilio postal (calle o apartado postal)	Núm. de apto.	Ciudad	Estado	Código postal

Dirección postal, si es diferente a la anterior. Si es un domicilio rural, indique cómo llegar.

1. En la tabla a continuación, use el primer renglón para poner información sobre usted. En los otros renglones, ponga la información de todas las personas que viven en la casa con usted, aún si no se consideran miembros del hogar.

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	**Núm. de Seguro Social** (si lo sabe)	**Sexo** (Masculino/ Femenino)	**Fecha de nacimiento**	**Relación con usted**	**¿Es usted extranjero patrocinado?**
					◯ Sí ◯ No
					◯ Sí ◯ No
					◯ Sí ◯ No
					◯ Sí ◯ No
					◯ Sí ◯ No
					◯ Sí ◯ No
					◯ Sí ◯ No

Nota: La palabra "hogar" en las preguntas 2 a 16 se refiere a usted, su cónyuge y cualquier otra persona que viva con usted y con la que tenga una relación legal. No es necesario incluir información sobre las personas que viven con usted pero que no forman parte de su "hogar".

2. ¿En qué condado y estado está ubicado su hogar (dónde está su hogar permanente)?

Condado: _____ Estado: _____ ¿Piensa permanecer en este condado y estado? ◯ Sí ◯ No

3. Plan de vivienda: Seleccione todas las casillas que correspondan a su hogar.

☐ Es dueño o está pagando por el hogar ☐ Vive en una casa que otra persona paga ☐ No tiene residencia permanente

☐ Vive con otra persona ☐ Renta una casa o apartamento ☐ Cárcel

4. Anote los gastos promedios mensuales de su hogar.

Renta/hipoteca	$
Servicios públicos (gas, agua, luz)	$
Teléfono	$
Servicios de transporte (como gasolina, pagos del carro, autobús)	$
Impuestos y seguro anuales del hogar	$
Otro gasto:	$
Otro gasto:	$
Otro gasto:	$

¿Paga alguien estos gastos del hogar por usted? ◯ Sí ◯ No Si contesta que sí, ¿quién? _____

5. ¿Recibe usted o alguien de su hogar alguno de los siguientes beneficios? ◯ Sí ◯ No

☐ Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) ☐ Programa SNAP (estampillas para alimentos) ☐ Beneficios de Medicaid

Si contesta que sí, ¿quién recibe estos beneficios? _____

6. ¿Está usted o alguien de su hogar embarazada? ◯ Sí ◯ No Si contesta que sí, ¿quién está embarazada? _____

7. ¿Tiene usted o alguien de su hogar una discapacidad? ◯ Sí ◯ No Si contesta que sí, ¿quién tiene una discapacidad? _____

8. ¿Ha solicitado usted o alguien de su hogar Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)?

◯ Sí ◯ No Si contesta que sí, ¿quién solicitó estos beneficios y cuándo? _____

9. ¿Tiene usted o alguien en su hogar facturas sin pagar por servicios de atención médica de los últimos tres meses? ◯ Sí ◯ No

Si contestó que sí, ¿de cuáles meses? _____

10. ¿Tiene usted u otra persona en su hogar cobertura de atención médica (Medicare, seguro médico, Asuntos de Veteranos, Tricare, etc.)?

◯ Sí ◯ No Si contesta que sí, ¿quién tiene cobertura? _____

11. ¿Cuánto dinero tiene en su cartera, en su casa, en cuentas bancarias o en otros lugares? _____

12. ¿Cuántos carros, camiones u otros vehículos tienen usted y los demás miembros de su hogar? A continuación, anote el año, marca y modelo. _____

	Año	Marca y modelo	+
1			−
2			−
3			−
4			−

13. ¿Es dueño o paga usted o alguien de su hogar una casa, un lote, unas tierras u otra propiedad? ◯ Sí ◯ No

14. En los últimos tres meses, ¿vendió, intercambió o regaló usted u otro miembro del hogar algún dinero o propiedad? ◯ Sí ◯ No

15. ¿Ha trabajado usted o alguien de su hogar en los últimos tres meses? ◯ Sí ◯ No Si contesta que sí, ¿quién trabajó? _____

16. En la siguiente tabla anote todos los ingresos de la familia. Incluya los siguientes: cheques del gobierno; dinero de una capacitación o trabajo; dinero que cobra por dar alojamiento y comida; dinero regalado, préstamos o contribuciones de los padres, familiares, amigos y otras personas; ingresos que recibe de un patrocinador; becas o préstamos escolares; manutención infantil, y pagos por desempleo.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre del departamento, persona o empleador que aporta el dinero	Cantidad recibida	Frecuencia del ingreso

Las declaraciones que he hecho, incluidas las respuestas que he dado, son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en darle al personal que determina el derecho a la participación y al condado cualquier información que sea necesaria para comprobar las declaraciones respecto a mi derecho a la participación. Estoy de acuerdo en informar de cualquier de los siguientes cambios en un plazo de 14 días:

- Ingresos
- Recursos
- Número de personas que viven conmigo
- Dirección
- Solicitud o participación en SSI, TANF o Medicaid

Me han informado y tengo por entendido que esta solicitud se tramitará sin distinción de raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencia política; que puedo pedir una revisión de la decisión que se tome sobre mi solicitud o la recertificación de asistencia, y que puedo pedir oralmente o por escrito una audiencia imparcial con respecto a cualquier acción que afecte la concesión o la terminación de asistencia.

Tengo entendido que, al firmar esta solicitud, le doy al condado el derecho de recuperar el costo de los servicios de atención médica proporcionados por el condado de cualquier tercero.

Estoy de acuerdo en dar al condado cualquier información que necesite para identificar y localizar todas las otras fuentes de pago de los servicios de salud.

Se me ha informado y entiendo que no cumplir con las obligaciones establecidas podría considerarse una retención intencional de información de mi parte y podría dar lugar a que se recuperen los fondos mediante el reembolso o la presentación de cargos civiles o penales en mi contra.

Antes de firmar, asegúrese de haber dado respuestas completas y correctas. Si el solicitante está casado y su cónyuge es un miembro del hogar, el cónyuge también puede firmar y fechar este formulario aunque sea un miembro del hogar excluido.

Firma del solicitante _____ Fecha _____ Firma del cónyuge _____ Fecha _____

Firma de la persona que ayudó a llenar el Formulario 3604 _____ Firma del representante del solicitante _____ Firma del testigo (si el solicitante firmó con una "X") _____

Dirección de la persona que ayudó a llenar el Formulario 3604 (calle, ciudad, estado, código postal): _____ Código de área y tel.: _____

El Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes ayuda a la gente a pagar la atención médica que necesita. Su derecho a recibir esta ayuda depende de sus ingresos, sus posesiones, el lugar donde vive, los demás beneficios que reciba o que podría recibir, así como otros factores. Asegúrese de:

1. Incluir su nombre y dirección;
2. Firmar y escribir la fecha en la página 3 de la solicitud, y
3. Responder a tantas preguntas como pueda en esta solicitud.

Entregue o envíe por correo su solicitud hoy mismo, aún si no pueda responder a todas las preguntas.

Sus responsabilidades

Es posible que se le pida que traiga pruebas de lo que escriba en su solicitud o de lo que le diga a la persona que lo entreviste. Si necesita ayuda para conseguir pruebas, la persona que lo entreviste le ayudará. A continuación se enumeran ejemplos de alguna información que se le podría pedir que compruebe y los documentos que puede usar como prueba.

Lugar donde vive y donde piensa seguir viviendo: Correspondencia que recibe en su domicilio; expedientes escolares; documentos para votar; recibos de impuestos sobre la propiedad o el pago de alquiler o de hipoteca; licencia de manejar de Texas, y otros documentos de identificación oficiales.

Sus posesiones y el valor que tienen: Avalúos de impuestos sobre los bienes; estimaciones de las agencias de automóviles; anuncios de venta de artículos similares; declaraciones de agentes de bienes raíces, y estados de cuentas bancarias.

Sus ingresos: Comprobantes del pago; talones de cheque; formulario de impuestos W-2 o declaración de impuestos; comprobantes de ventas; declaraciones de los empleadores; cartas de concesión; documentos legales, y declaraciones de personas que le dan dinero.

Otro tipo de cobertura de atención médica: Cartas de concesión o de reclamos; pólizas de seguro de vida; documentos del tribunal, y otros expedientes judiciales.
La información sobre los números de Seguro Social debe proporcionarse si está disponible. La información sobre el sexo (masculino/ femenino) no es obligatoria. Esta información no se toma en cuenta para determinar si usted cumple con los requisitos para recibir beneficios.

Debe dar información sobre el seguro médico y cualquier tercero responsable económicamente de los servicios de atención médica pagados por el condado por usted y los miembros de su hogar. Al firmar y presentar esta solicitud, usted concede al condado el derecho de recuperar de cualquier tercero el costo de los servicios de atención médica, que hayan sido prestados por el condado.

Se le podría pedir que solicite los beneficios de Medicaid, Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Si se le pide que solicite los beneficios de uno de estos programas o si ya presentó la solicitud, pero está esperando una respuesta, su solicitud de CIHCP podría permanecer pendiente hasta que se determina que no llena los requisitos para recibir beneficios de los otros programas. Si no llena los requisitos para recibir beneficios de los otros programas y si contestó todas las preguntas de la solicitud y presentó todas las pruebas solicitadas, su solicitud podrá ser tramitada. Después, el CIHCP tendrá 14 días para determinar si usted reúne los requisitos para recibir beneficios.

Después de presentar su solicitud, debe informar en un plazo de 14 días cualquier cambio de dirección, ingresos, recursos, personas que viven con usted, o si solicitó o recibió Medicaid, TANF o SSI.