



TEXAS
Health and Human
Services

Fecha	Núm. de expediente del caso:
Dirección de la oficina	
Código de área y teléfono	

Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes
Solicitud de información

Su solicitud para recibir beneficios **no** está completa. Para determinar si llena los requisitos, necesitamos la siguiente información adicional. **Envíe solamente los documentos que se han marcado en la siguiente lista.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Correspondencia dirigida a usted o a otro miembro de su hogar | <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos federales |
| <input type="checkbox"/> Licencia de manejar de Texas u otra identificación oficial | <input type="checkbox"/> Contabilidad del trabajo por su cuenta y registros de ventas y gastos |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de inscripción en el padrón electoral | <input type="checkbox"/> Carta de concesión, cheque o aviso de denegación de beneficios del Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Registro vehicular | <input type="checkbox"/> Carta de concesión o cheque del seguro por discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Notificación de servicios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), o beneficios de Medicaid | <input type="checkbox"/> Carta de concesión o cheque de compensación por desempleo |
| <input type="checkbox"/> Estado de cuenta de cheques | <input type="checkbox"/> Carta de concesión o cheque del Departamento de Asuntos de Veteranos |
| <input type="checkbox"/> Estado de cuenta de ahorros | <input type="checkbox"/> Carta de concesión o cheque por compensación a trabajadores |
| <input type="checkbox"/> Talón o cheque de pago | <input type="checkbox"/> Comprobante de solicitud de beneficios de Seguro Social o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) |
| <input type="checkbox"/> Estado de ingresos emitido por el empleador | <input type="checkbox"/> Comprobantes de solicitud de otros programas de asistencia |
| <input type="checkbox"/> Otros documentos que se especifican a continuación | |

DEBE PROPORCIONAR DOS DECLARACIONES DE 2 PERSONAS QUE NO ESTÉN RELACIONADAS CON USTED O QUE VIVAN CON USTED QUE PUEDAN VERIFICAR

COMO VIVE EN EL DIA A DIA. COMO SE PAGAN LAS FACTURAS, COMIDA PROPORCIONADA, NECESIDADES PROPORCIONADAS, ETC. LAS DECLARACIONES DEBEN ESTAR FIRMADAS Y FECHADAS CON LA DIRECCIÓN Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PERSONA QUE ESCRIBE LA DECLARACIÓN. COPIA DEL FORMULARIO DE REGISTRO DE LA COMISIÓN DE LA FUERZA LABORAL DE TEXAS.

Envíe los documentos indicados a más tardar el [insert date].

Se tomará una decisión sobre sus beneficios a más tardar 14 días después de que haya completado su solicitud y entregado toda la información requerida. Si no recibimos la información solicitada y no se pone en contacto conmigo, asumiremos que no quiere recibir los beneficios. Puede llamarme si tiene alguna pregunta.

Firma del empleado _____

Teléfono con código de área _____



Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes
Solicitud de asistencia médica

For Office Use Only (Solo para uso de la oficina)

Status <input type="radio"/> Application <input type="radio"/> 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?
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Nota: La palabra "hogar" en las preguntas 2 a 10 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.

<input type="checkbox"/> Es dueño o está pagando por el hogar	<input type="checkbox"/> Vive en una casa que otra persona paga	<input type="checkbox"/> No tiene residencia permanente
<input type="checkbox"/> Vive con otra persona	<input type="checkbox"/> Renta una casa o apartamento	<input type="checkbox"/> 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		-

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 viva 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.

Condado de Kaufman
Atención médica para indigentes
Declaración de verificación de asistencia

Necesitamos verificar la cantidad de asistencia que proporciona a _____ y cómo se brinda esa asistencia.

Yo, _____ brindo asistencia a _____ por:

Por favor, compruebe
_____ dar dinero al cliente potencial

Fecha: _____	Cantidad: _____	Fecha: _____	Cantidad: _____
Fecha: _____	Cantidad: _____	Fecha: _____	Cantidad: _____
Fecha: _____	Cantidad: _____	Fecha: _____	Cantidad: _____

_____ pagar facturas directamente a los proveedores.

Nombre de la persona o empresa: _____	Fecha: _____	Cantidad: _____
Nombre de la persona o empresa: _____	Fecha: _____	Cantidad: _____
Nombre de la persona o empresa: _____	Fecha: _____	Cantidad: _____

_____ han estado proporcionando alimentos, refugio, transporte, artículos personales y/o necesidades del hogar, etc

¿Planeas continuar con este apoyo? _____
Cuánto tiempo? _____

Certifico que la información anterior es correcta.

Su firma _____
Imprime su nombre _____
Su dirección _____
Número de teléfono _____
Relación con el cliente potencial _____
Fecha _____

Por favor devuelva este formulario: Kaufman County IHC
100 N. Washington St.
Courthouse Annex
Kaufman, TX 75142



Desiree Pool
Indigent Health Care

100 N. Washington
Kaufman, TX 75142

Programa de atención médica para indigentes del condado
de Kaufman

Autorización para verificaciones de antecedentes

Nombre

Número de seguro social

Fecha de nacimiento

Por la presente doy permiso al Programa de Atención Médica para Indigentes del Condado de Kaufman para obtener una verificación de antecedentes de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, el Departamento de Registro de Vehículos Motorizados, la Oficina de Crédito y cualquier otra fuente que deba contactarse para determinar mi elegibilidad para el Programa para Indigentes.

Nombre impreso

Fecha

Firma

Suscrito y Jurado (afirmado) ante mí este ____ día de ____, a las.
Notario Público en y para el Estado de Texas. Mi Comisión vence el

_____.

Firma del notario

(sello)



Desiree Pool
Indigent Health Care

100 N. Washington
Kaufman, TX 75142

Reconocimiento de la política de fraude del condado de Kaufman

Por la presente entiendo que al firmar este formulario reconozco que he recibido una copia de la Política de Fraude de Atención Médica para Indigentes del Condado de Kaufman.

Nombre:

Fecha:

Firma:

Política de Fraude en el Cuidado de la Salud para Indigentes del Condado de Kaufman

definición

El fraude es la tergiversación deliberada de algún hecho material con el propósito de adquirir beneficios.

Procedimiento

Cuando el personal de Indigent Health Care (IHC) tenga motivos para creer que puede haber ocurrido un fraude, se seguirán los siguientes procedimientos:

1. El personal de IHC investigará todos los casos de sospecha de fraude y recopilará y documentará las pruebas.
2. Tras un hallazgo de fraude, el cliente será administrativamente inelegible de IHC de la siguiente manera:

Primera ofensa	24 meses a partir de la fecha en que se descubrió el fraude cliente deja de ser elegible para el programa
Reincidencia	36 meses a partir de la fecha en que se descubrió el fraude cliente deja de ser elegible para el programa
Tercera Ofensa	24 meses + 12 meses por infracción posterior

El personal de IHC se comunicará con el cliente sospechoso de fraude mediante el envío de una carta certificada informándole del retiro de la elegibilidad y explicando las alegaciones. Si el cliente disputa las alegaciones, se le permitirá presentar los documentos/verificaciones de respaldo correspondientes para su consideración adicional.

Si la disputa sigue sin resolverse, el personal de IHC programará una audiencia administrativa para permitir que el cliente se defienda confrontando cualquier testigo adverso y presentando su propio argumento y evidencia. El personal de IHC debe revelar cualquier evidencia utilizada para probar su caso al cliente para que tenga la oportunidad de disputarlo. La audiencia administrativa será conducida por el Director del Programa de Atención Médica para Indigentes con la persona designada por IHC presente. La audiencia administrativa se llevará a cabo en la oficina del Programa de Atención Médica para Indigentes en Kaufman durante el horario comercial normal. El cliente recibirá un aviso por escrito de 30 días de la fecha de la audiencia. Si el cliente no se presenta a la audiencia administrativa, la persona designada por IHC puede proceder con la presentación del caso solo si se presenta prueba de notificación. El Director del Programa de Atención Médica para Indigentes debe tomar una decisión dentro de los noventa días posteriores a la audiencia. El cliente tendrá derecho a apelar cualquier decisión desfavorable ante el Tribunal de Apelaciones de IHC del condado de Kaufman.

Consecuencia del fraude

Si, después del debido proceso, se determina que una persona tergiversó intencionalmente la información para recibir beneficios, esa persona:

- Reembolsará al condado de Kaufman el costo de los beneficios que recibieron;
- No será elegible administrativamente para los beneficios de IHC del condado de Kaufman de acuerdo con las políticas y procedimientos de IHC del condado de Kaufman;
- Puede estar sujeto a procesamiento en virtud del Código Penal de Texas.



KAUFMAN COUNTY
 INDIGENT HEALTH CARE
 100 N. WASHINGTON
 COURTHOUSE ANNEX
 KAUFMAN, TX 75142
 PHONE # 469-376-4544
 FAX# 469-595-0496/ Email:
 indigenthealth@kaufmancounty.net



CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

Residencia: el solicitante debe vivir en el condado de Kaufman y debe tener la intención de quedarse.

Hogar- Un hogar CHCP es una persona que vive sola o dos o más personas que viven juntas donde existe responsabilidad legal de manutención, excluyendo a la persona descalificada. Una persona descalificada es aquella que recibe o es categóricamente elegible para recibir Medicaid.

Recursos: un hogar es elegible si los recursos totales contables del hogar no superan los \$3000.00 cuando una persona es anciana o discapacitada y cumple con los requisitos de relación vive en el hogar o \$ 2000.00 para todos los demás hogares

Necesidad médica: debe tener una necesidad médica.

Ingresos- Un hogar es elegible si su ingreso neto mensual no excede el 21% de las Pautas Federales de Pobreza (FPG).

Estándares de Ingresos mensuales de CHCP 2021	
# de Individuos en el hogar CHCP	21% FPG
1	\$264
2	\$358
3	\$452
4	\$546
5	\$640

SERVICIOS BÁSICOS DE ATENCIÓN MÉDICA para necesidades médicas:

Los servicios médicos incluyen servicios ordenados y realizados por un médico que están dentro del alcance de la práctica de su profesión según lo define la ley estatal.

Exámenes físicos anuales: son exámenes realizados una vez por año calendario por un médico o un asistente médica. Las pruebas asociadas se pueden cubrir con una referencia médica.

Exámenes médicos: los servicios incluyen exámenes de presión arterial, azúcar en la sangre y colesterol.

Los servicios de laboratorio y rayos X son servicios profesionales y técnicos solicitados y proporcionados bajo la supervisión personal de un médico en un entorno que no es un hospital (pacientes hospitalizados o ambulatorios)

Pacientes con cáncer KCHC solo cubrirá radiografías (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y otros tipos de exploraciones) y análisis de sangre.

Recetas- este servicio incluye hasta tres medicamentos recetados por mes. Las recetas nuevas y resurtidas cuentan por igual para este total de tres medicamentos recetados por mes. Los medicamentos deben ser recetados por un médico u otro profesional con el alcance de la práctica según la ley.

Clinica de salud rural: los servicios deben ser proporcionados en una clínica de salud rural independiente o en un hospital por un médico, un asistente médico y una enfermera de práctica avanzada.

Los servicios hospitalarios para pacientes internados deben ser médicamente necesarios y proporcionados en un hospital de cuidados agudos a pacientes hospitalizados, por o bajo la dirección de un médico, y para el cuidado y tratamiento de los pacientes.

Hospital para pacientes ambulatorios: los servicios deben ser médicamente necesarios y proporcionados en un hospital de cuidados agudos a pacientes ambulatorios del hospital, por o bajo la dirección de un médico. Los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios incluyen los servicios del centro quirúrgico ambulatorio en el hospital (HASQ).