



TEXAS
Health and Human
Services

Número de caso: **1234567890**

John Doe
APT 1234
1234 GENERIC DR
SAN ANTONIO TX 77777-7777

Renovación de los beneficios de atención médica

Cómo renovar

1. Revise y actualice la forma

- Si cualquiera de los datos impresos en esta forma no están correctos, tachar la información y escribir la información correcta.
- **Tiene que escribir a mano cualquier dato nuevo. Esto incluye un domicilio nuevo o un cambio en su estatus migratorio.**
- Si actualiza alguna información, tiene que firmar y devolver la forma de renovación a la HHSC.

2. Entregue el formulario

Hay cinco maneras de entregar su formulario de renovación de beneficios. Escoja solo una:

- **YourTexasBenefits.com:** Puede actualizar los datos que tenemos sobre usted y cargar sus documentos por medio de Internet.
- **Correo:** Envíe por correo la forma de renovación con todos los datos correctos sobre usted y los documentos que necesitamos de usted a:
TEXAS HEALTH AND HUMAN SERVICES COMMISSION
P O BOX 149024
AUSTIN, TEXAS 78714-9024
- **Fax:** Envíe por fax la forma de renovación con todos los datos correctos sobre usted y los documentos que necesitamos de usted que llegó con este paquete al 1-877-447-2839. Si algún documento tiene información en los dos lados, envíe por fax ambos lados.
- **Teléfono:** Llame al 2-1-1 (después de escoger el idioma, oprima el 2). Si tiene problemas para oír o hablar, llame al 7-1-1 o a cualquier servicio de repetidor (relay).
- **En persona:** Vaya a cualquier oficina de beneficios. Para encontrar una oficina cerca de usted, vaya a YourTexasBenefits.com o llame al 2-1-1 (después de escoger el idioma, oprima el 1).

Documentos que tal vez necesite para renovar los beneficios

- Información del empleador y los ingresos de todos los miembros de su familia (por ejemplo, de talones de pago, hojas de W-2 o declaraciones de impuestos y salarios).
- Números de póliza de cualquier seguro médico vigente.
- Información sobre cualquier seguro médico relacionado con el trabajo.





¿Tiene preguntas o necesita ayuda?

- **En Internet:** YourTexasBenefits.com
- **Teléfono:** Llame al 2-1-1 o al 877-541-7905 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. (hora del centro). Si tiene una discapacidad auditiva o del habla, llame al 7-1-1 o a cualquier servicio de repetidor (relay).
 1. Seleccione un idioma (para inglés, oprima 1).
 2. Oprima 2: programas de beneficios estatales.
 3. Oprima 1: ayuda con SNAP... Medicaid.
 4. Oprima 1 para introducir su número de Seguro Social y su fecha de nacimiento (mes de dos dígitos, día de dos dígitos, año de cuatro dígitos) o bien, oprima 2 para introducir su número de caso. Oprima 2 cuando se le pida que introduzca el número de caso si sólo conoce su número de Seguro Social y su fecha de nacimiento.
 5. Oprima 4 si tiene otra pregunta que no se haya mencionado.
 6. Oprima 4 (otra pregunta no mencionada).
- **En persona:** En cualquier oficina de beneficios. Para encontrar una oficina cerca de usted, vaya a YourTexasBenefits.com o llame al 2-1-1 o al 1-800-541-7905 (después de escoger el idioma, oprima el 1).





TEXAS
Health and Human
Services

Nombre de caso: John Doe

Número de caso: 1234567890

Su información de contacto

Teléfono	Casa	1234561234	Oficina		Otro	1234561234
Dirección de correo electrónico:		test123@hotmail.com				

Datos personales (cabeza de familia)

Nombre	John Doe			
Domicilio	Núm. de apto.	Ciudad	Estado	Condado
1234 GENERIC DR San Antonio TX 77777-7777	1234	San Antonio	Texas	Bexar
Dirección postal	Núm. de apto.	Ciudad	Estado	Condado
1234 GENERIC DR San Antonio TX 77777-7777	1234	San Antonio	Texas	Bexar

Datos sobre su renovación

Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	Relación con el jefe del hogar	Dónde vive la persona	Ciudadano estadounidense	Vive en Texas	Piensa quedarse en Texas
Jane Doe	Male	09/04/2022	Son	At home	Yes	Yes	Yes

Las personas en su hogar o que aparecen en la declaración de impuestos que NO necesitan renovarse ahora

Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	Relación con el jefe del hogar	Recibe beneficios de atención médica	Vive en Texas	Dónde vive esta persona	Piensa quedarse en Texas





Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	Relación con el jefe del hogar	Recibe beneficios de atención médica	Vive en Texas	Dónde vive esta persona	Piensa quedarse en Texas
John Doe	Female	12/08/1989	Self	Yes	Yes	At home	Yes

Estado migratorio		
¿Ha cambiado su estado migratorio?.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si contesta "Sí", complete lo siguiente		
Nombre	Número de Registro de Inmigración	Clase de documento

Datos sobre la declaración federal de impuestos del AÑO ENTRANTE						
Nombre	Alguien lo declara como dependiente	Declara solo	Declara conjuntamente	Declara solo y es un dependiente	Declara conjuntamente y es un dependiente	No declara impuestos y no es un dependiente
Jane Doe						
John Doe						
¿Ha cambiado el estado fiscal de alguna persona?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Datos sobre la cobertura de su otro seguro médico		
Nombre del titular de la póliza	Compañía de seguros	Fecha de vigencia
¿Tiene un seguro médico que cubra servicios de planificación familiar?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si contestó "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?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si contestó "Sí": Díganos por qué le causaría daño si presentamos una reclamación de pago a su seguro médico.		

Ingresos
Actualizar ingresos (Si los datos sobre sus ingresos han cambiado, tiene que corregir cualquier información incorrecta).....





Nombre	Nombre de empleador	Tipo de ingresos	Cantidad	Cantidad total de contribuciones antes de impuestos por periodo de pago
John Doe	Wells Fargo Bank	Wages	0.00	0.0

Añadir nuevos ingresos

Usted tiene que informar sobre todos los tipos de ingresos, incluso:

- Ingresos de un trabajo -Compensación por desempleo, pensiones -Seguro Social -Cuentas de jubilación
- Pensión alimenticia neta que recibe si fue firmado o modificado el acuerdo de divorcio o separación el 31 de diciembre de 2018 o antes. -Agricultura o pesca -Rentas o regalías netas -Otros ingresos

Nombre	Persona, empresa o agencia que paga el dinero. Si trabaja por su cuenta, escriba "Por mi cuenta".	Dirección del empleador	Teléfono del empleador	Horas que trabajó por semana	Cantidad	Cantidad total de contribuciones antes de impuestos por periodo de pago	¿Con qué frecuencia se hacen estas contribuciones?	Fecha de las contribuciones

Si necesita incluir más ingresos, añada más hojas con los mismos datos.

Gastos

Añadir nuevos gastos

Nombre	Tipo de gastos	Cantidad / Valor	Frecuencia del pago

Más información sobre las personas que aparecen en esta forma

¿Está embarazada alguna persona?..... Sí No

a.) Si contesta "Sí", ¿quién está embarazada?

b.) ¿Es este su primer embarazo? Sí No

c.) ¿Cuántos bebés espera con este embarazo?

d.) Fecha probable del parto (mm/dd/aaaa):

e.) ¿Alguna persona en su hogar estuvo embarazada en los últimos 12 meses? Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién?:

Si contesta "Sí", ¿cuándo terminó el embarazo? (mm/dd/aaaa):





¿Hay un niño que está solicitando atención médica y que viaja con un familiar que es trabajador de campo migrante? Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién?

¿Tiene alguien cuentas médicas sin pagar de los últimos 3 meses?..... Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién?

En los últimos 12 meses, ¿traspasó, cambió el título, vendió o regaló alguna casa, lote, terreno o dinero, o renunció a su derecho de recibir algún ingreso? Sí No

¿Está en la cárcel (encarcelado) alguien que solicita cobertura médica? Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién?

Si quiere, puede darle a alguien el derecho de actuar por usted (un representante autorizado)

- Esta persona puede:
- dar y obtener datos sobre esta solicitud.
 - tomar cualquier acción necesaria durante el proceso de solicitud. Esto incluye apelar una decisión de la HHSC.
 - tomar cualquier acción necesaria para inscribirse en Medicaid o CHIP. Esto incluye escoger un plan médico.
 - tomar cualquier acción necesaria para obtener beneficios. Esto incluye avisar sobre cambios y renovar beneficios

- Al aceptar actuar como su representante autorizado, me comprometo a:
- cumplir con todas sus responsabilidades relacionadas con Medicaid;
 - proteger la confidencialidad de su información;
 - obedecer las leyes estatales y federales sobre conflictos de intereses y la protección de la confidencialidad, entre ellas:
 - las leyes que protegen la información de las personas que solicitan o reciben Medicaid (42 CFR, parte 431, subparte F);
 - las leyes sobre la confidencialidad y seguridad de la información de identificación personal (45 CFR, Sección 155.260(f)); y
 - las leyes que prohíben al estado pagar los servicios de Medicaid a alguien que no sea su proveedor o usted, excepto en ciertas circunstancias (42 CFR, Sección 447.10).

¿Quiere que alguien tenga el derecho de actuar en su nombre, es decir, de ser su representante autorizado? Sí No

Solo puede tener un representante autorizado para todos sus beneficios de la HHSC. Si quiere cambiar su representante autorizado: (1) entre a su cuenta de YourTexasBenefits.com para avisar sobre el cambio, o (2) llame al 2-1-1 (después de escoger un idioma, oprima el 2) Si es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, envíenos prueba de esto con la solicitud.

Nombre del representante autorizado:

Organización

Dirección

Teléfono





Al firmar, usted permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe por usted en todo asunto futuro con esta agencia.

Firma _____

Fecha: _____

Exención de Violencia Doméstica

- Si tiene miedo de darnos datos de una persona porque piensa que puede causarles daño (físico o emocional) a usted o a su niño, podría no tener que darnos los datos de esta persona. Posiblemente pueda obtener una "Exención de Violencia Doméstica".

Healthy Texas Women ofrece servicios de salud y de planificación familiar gratuitos a mujeres de 15 a 44 años de edad. Si desea que su participación en Healthy Texas Women sea privada, usted puede recibir su correspondencia del programa en una dirección diferente a la que aparece en su solicitud. Llene la sección a continuación para usar una dirección y número de teléfono confidencial.

Dirección postal - Calle:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

Las mujeres de 15 a 44 años de edad que no llenan los requisitos para participar en Medicaid o en CHIP automáticamente son evaluadas para determinar si pueden inscribirse en Healthy Texas Women (HTW). Marque la casilla a continuación si no quiere ser evaluada para participar en HTW.

Nombre:

No quiero ser evaluada para participar en HTW.

Sí

No

Nombre:

No quiero ser evaluada para participar en HTW.

Sí

No

Nombre:

No quiero ser evaluada para participar en HTW.

Sí

No





Método de contacto preferido de los proveedores del plan médico o las organizaciones de atención médica administrada

Si recibe beneficios de salud de nosotros, el proveedor de su plan médico o su organización médica administrada (MCO) podrían contactarlo para lo siguiente.

- Recordatorios de citas
- Información de asuntos relacionados con su atención médica
- Otros avisos importantes

Usted puede elegir que lo contacten por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico.

Los mensajes de texto y correos electrónicos no están cifrados y puede que no sean seguros. Los riesgos incluyen que un tercero no autorizado intercepte información confidencial o privada. Si uno de estos es su método preferido de comunicación con su proveedor de atención médica, tenga en cuenta los riesgos cuando envíe su información personal por mensaje de texto o por correo electrónico.

Su MCO o el proveedor de su plan médico debe tomar las medidas razonables para asegurarse de que su información de atención médica permanezca privada.

Al completar los datos a continuación, usted reconoce que entiende los riesgos asociados con recibir comunicaciones electrónicas y da su consentimiento a la Comisión de Salud y Servicios Humanos para compartir su método de contacto preferido con su MCO o con el proveedor de su plan médico.

De la lista a continuación, seleccione su método de contacto preferido.

Nombre: John Doe

Idioma en que prefiere ser contactado: Spanish

2 Por teléfono

Teléfono: (123) 456-1234

(Si el contacto es por teléfono, la llamada puede marcarse automáticamente o grabarse por adelantado, y es posible que su compañía telefónica cobre tarifas de uso)

1 Por mensaje de texto

Número de celular: (123) 456-1234

(Es posible que su compañía telefónica cobre tarifas de datos y mensajes)

3 Por correo electrónico

Correo electrónico: test123@hotmaill.com





Registro para votar

Llenar la solicitud del registro para votar o negarse a registrarse no afectará la cantidad de asistencia que reciba de este departamento. Si no está registrado 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 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.

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

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

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

Agency staff signature _____

Información importante para antiguos miembros de las Fuerzas Armadas

Las mujeres y los hombres que hayan pertenecido a cualquier cuerpo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (incluidos el Ejército, la Armada, la Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el cuerpo de reservistas o la Guardia Nacional) podrían recibir beneficios y servicios adicionales. Para más información, visite el Portal de Texas para Veteranos en <https://veterans.portal.texas.gov/hagar>.

Lea y firme esta solicitud

Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo cual significa que he dado respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario a mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si doy información falsa o no cierta.

- Sé que tengo que avisar a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas si algo cambia en (o es diferente a) lo que escribí en esta solicitud. Para avisar sobre cambios, puedo ir a YourTexasBenefits.com o llamar al **2-1-1** o al 1-877-541-7905. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de los miembros de mi hogar.
- Sé que bajo la ley federal, no está permitida la discriminación por raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Confirmando que nadie en esta solicitud de seguro médico está encarcelado (detenido o en prisión). Si no, está encarcelado.

(nombre de la persona)

Necesitamos esta información para comprobar su elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica si usted





decide llenar la solicitud. Revisaremos sus respuestas usando la información en nuestras bases de datos electrónicas y las del Servicio de Impuestos Internos (IRS), del Seguro Social, de la Oficina de la Seguridad del Territorio Nacional o de una agencia de informes de consumidores. Si la información no concuerda, quizás le pidamos que nos envíe pruebas.

Renovación de cobertura en años futuros

Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica en años futuros, estoy de acuerdo en permitir que la agencia use datos de ingresos, entre ellos, la información de las declaraciones de impuestos. La agencia me enviará un aviso, permitirá que haga cambios, y puedo decidir no participar en cualquier momento.

Sí, renueve mi elegibilidad automáticamente por los próximos

- 5 años (el máximo permitido), o por menos años:
- 4 años 3 años 2 años 1 año No use información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

Si alguien en esta solicitud llena los requisitos para Medicaid

Doy a la HHSC los derechos de buscar y recibir dinero de otros seguros médicos, acuerdos legales u otros terceros. También doy a la HHSC los derechos de buscar y recibir manutención médica.

¿Vive fuera del hogar el padre o madre de algún niño que se menciona en esta solicitud? Sí No

Si contesto “Sí”, reconozco que se me pedirá que coopere con la agencia que cobra la manutención médica al padre ausente. Si creo que esta cooperación puede perjudicarme a mí o a mis hijos, puedo avisar a la HHSC y tal vez no tenga que cooperar.

Mi derecho de apelación

Si creo que la HHSC cometió un error, puedo apelar la decisión. Apelar significa decirle a alguien en la HHSC que creo que la acción tomada es errónea y pedir una revisión imparcial de la acción. Sé que puedo recibir información sobre cómo apelar llamando a la HHSC al **2-1-1** o al 1-877-541-7905. Oprima el 2 después de seleccionar un idioma y pida hablar con alguien acerca de Medicaid. Sé que alguien que no sea yo mismo me puede representar en el proceso. Se me explicarán mi elegibilidad y otra información importante.

Si usted cree que lo han discriminado por motivo de su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o religión, puede presentar una queja llamando al 888-388-6332.

Firme esta solicitud

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)
-------	--------------------

Debe firmar la persona que llenó la solicitud o su representante autorizado.

