



TEXAS
Health and Human
Services

Número de caso: **1234567890**

MR. JOHN DOE
APT 4208
5000 Apple BLVD
Greenland 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.
- Datos sobre las cosas que está pagando o de que es dueño.





¿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: Mr. JOHN DOE

Número de caso: 1234567890

Su información de contacto

Teléfono	Casa	9723331628	Oficina		Otro	2149349214
Dirección de correo electrónico:						

Datos personales (cabeza de familia)

Nombre	Mr. JOHN DOE			
Domicilio	Núm. de apto.	Ciudad	Estado	Condado
5000 Apple BLVD Greenland TX 77777-7777	4208	Greenland	Texas	Hunt

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
JOHN DOE	Male	01/01/1930	Self	At home	Yes	Yes	Yes

Estado migratorio

¿Ha cambiado su estado migratorio?..... Sí No

Si contesta "Sí", complete lo siguiente

Nombre	Número de Registro de Inmigración	Clase de documento





Datos sobre la cobertura de su otro seguro médico

Nombre del titular de la póliza	Compañía de seguros	Fecha de vigencia

Recursos

VEHICULOS: Necesitamos saber de todos los vehículos que pagan o de que son dueños todos, incluso sus dependientes en la declaración de impuestos.

Por ejemplo:

-carro -camioneta -bote -moto -otro

Actualizar/Añadir (Si los datos sobre sus recursos han cambiado, tiene que corregir cualquier información incorrecta).....

Nombre del dueño	Marca / Modelo	Año	Dinero que todavía se debe por el vehículo	Se usa para transportar a una persona discapacitada	Nombre del codueño

ARTICULOS QUE TODOS PAGAN O TIENEN: Necesitamos saber de todos los artículos que tienen o pagan todos, incluso sus dependientes en la declaración de impuestos. Por ejemplo:

-dinero en efectivo -cuentas bancarias -casas u otras propiedades -pólizas de seguro -acciones

Artículo	Valor	Nombres en las cuentas o escrituras (incluya a cualquier copropietario)	Nombre del banco o negocio (para comunicarse con ellos sobre el artículo)	Dirección del banco o negocio (para comunicarse con ellos sobre el artículo)
Cash	20.00	JOHN DOE		
Bank Account - Checking	0.00	JOHN DOE	Chase Bank	
Whole Life Non-Participating	0.00	JOHN DOE		

Actualizar/Añadir

Artículo	Valor	Nombres en las cuentas o escrituras (incluya a cualquier copropietario)	Nombre del banco o negocio (para comunicarse con ellos sobre el artículo)	Dirección del banco o negocio (para comunicarse con ellos sobre el artículo)

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		RSDI	1234.56	

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.

¿Adónde se envían sus ingresos cada mes?.....	
¿Quién administra sus finanzas?.....	
¿Tiene usted algún dinero que le sobra a finales del mes?	

Gastos

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

Nombre	Tipo de gastos	Cantidad / Valor	Frecuencia del pago
JOHN DOE	General Household Expenses	0.00	
JOHN DOE	Water Sewer	80.00	
JOHN DOE	Insurance on home	0.00	
JOHN DOE	Taxes On Home	0.00	
JOHN DOE	Electricity	275.00	





Nombre	Tipo de gastos	Cantidad / Valor	Frecuencia del pago
JOHN DOE	Garbage	0.00	
JOHN DOE	Groceries	225.00	
JOHN DOE	Rent/house payment	0.00	
JOHN DOE	Medicare Premium Part B	164.90	Mensual
JOHN DOE	Butane Coal Wood	0.00	
JOHN DOE	Gas	0.00	

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.) ¿Cuántos bebés espera con este embarazo?

c.) Fecha probable del parto (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: _____





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: _____

Idioma en que prefiere ser contactado: _____

Por teléfono

Teléfono: _____

(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)

Por mensaje de texto

Número de celular: _____

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

Por correo electrónico

Correo electrónico: _____





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.

Consentimiento para la verificación de bienes

Entiendo que con mi firma al calce o en mi solicitud autorizo a la HHSC a obtener información sobre mis bienes bancarios, en cooperativas de crédito o en otras instituciones financieras para que la HHSC determine si puedo recibir Medicaid. La HHSC puede seguir verificando esta información hasta que:

- la HHSC deniegue mi solicitud de Medicaid; o
- yo no pueda seguir recibiendo Medicaid; o
- yo avise por escrito a la HHSC que no deseo que la HHSC siga verificando esta información.

Si no permito que la HHSC pida información sobre mí a las instituciones financieras, o si le indico a la HHSC que no deseo que siga verificando esta información, entiendo que la HHSC podría denegarme o suspender mis beneficios de Medicaid.

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 1año 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.

