

Epilepsy Program

Dear Patient:

Welcome, and thank you for applying for the **DSHS Epilepsy Program** with the Epilepsy Foundation of Central and South Texas. Please send the following documentation to our office to complete application:

Proof of residency:

- Send copy of a document that shows where do you live and plan to continue living
(See page #2 of the application for examples you can use)

Proof of Income:

- Send copy of your income (See page #2 of the application for examples you can use)

Copy of ID:

- Send copy of any picture ID.

In order to process your application you must turn in all documents requested. Please mail or fax the application to:

Epilepsy Foundation Central & South Texas
10615 Perrin Beitel Rd. Ste. 602
San Antonio, TX 78217
Fax #: 210-653-5355

If you have any questions or comments do not hesitate to contact us.
Sincerely,

Christine Calderon

Christine Calderon, CMA
Clinical Services Manager



DSHS EPILEPSY PROGRAM – EPILEPSY FOUNDATION CENTRAL & SOUTH TEXAS

Application For Health Care Assistance (Page 1 of 2 / September 2013)

Applicant Information/Información del solicitante

Name (Last, First, Middle)/Nombre (Apellido, primer nombre, segundo nombre)		Home Telephone Number/Teléfono en casa		Email Address/Correo electrónico	
Texas Residence Address (Street or P.O. Box)/Domicilio de residencia en Texas (Calle o apartado postal)		City/Ciudad	County/Condado	State/Estado	ZIP/Código postal

Household Information/Información del hogar

Fill in the first line with information about yourself. Fill in the remaining lines for everyone who lives in the house with you for which you are legally responsible. /Rellene la primera línea con su propia información. Rellene las líneas restantes con la información de todas las personas que viven en su casa de las que usted es legalmente responsable.

Name (Last, First, Middle) Nombre (Apellido, primer nombre, segundo nombre)	SSN (optional) Número del Seguro Social (opcional)	Date of Birth Fecha de nacimiento	Age Edad	Sex Sexo	Race Raza	What Relation to you? ¿Cuál es su relación con la persona?	U.S. Citizen Ciudadano de EE. UU. Yes or/Sí o No
						Self/El solicitante	

List all of your household's income below. Be sure to include the following: Government checks; money from work; money you collect from charging room and board; cash gifts, loans, or contributions from parents, relatives, friends, and others; sponsor's income; school grants or loans; child support; and unemployment. /Ponga todos los ingresos del hogar a continuación. Asegúrese de incluir lo siguiente: los cheques del gobierno, el dinero que obtiene del trabajo, el dinero que obtiene por pensiones completas, los regalos en efectivo, los préstamos y las aportaciones de sus padres, sus familiares, sus amigos y otras personas, los ingresos provenientes de un patrocinador, las becas y los préstamos escolares, la manutención de menores y los pagos por desempleo.

Name of person receiving money Nombre de la persona que recibe el dinero	Name of agency, person, or employer who provides the money Nombre de la agencia, la persona o el empleador que provee el dinero	Amount received Cantidad recibida	How often received? (daily, weekly, every two weeks, twice a month, monthly?) ¿Con qué frecuencia lo recibe (a diario, cada semana, cada dos semanas, dos veces al mes, una vez al mes)?

Do you plan to remain in Texas? ¿Piensa permanecer en Texas? Yes/Sí No

Do you – does any one in your household – have health care coverage (Medicaid, Medicare, CHIP, health insurance, V.A., Tricare, etc.)? ¿Tiene usted, o alguna otra persona en el hogar, cobertura médica (Medicaid, Medicare, CHIP, seguro médico, V.A., Tricare, etc.)? Yes/Sí No
If yes, who? Si contestó que sí, ¿quién?

I acknowledge that by signing this form I give my informed and voluntary general consent to receive services. The statement I have made, including my answers to all questions, are true and correct to the best of my knowledge and belief. I agree to give eligibility staff any information necessary to prove statements about my eligibility. I understand that giving false information could result in disqualification and repayment.

Reconozco que al firmar este formulario doy mi consentimiento general informado y voluntario para recibir servicios. Esta declaración que he hecho, incluidas las respuestas a todas las preguntas, es verídica y correcta, a mi leal saber y entender. Acepto darle al personal que determina el derecho a la participación en el programa la información necesaria que sustente las declaraciones respecto a mi derecho a participar. Entiendo que el que dé información falsa podría ocasionar que me descalifiquen y tenga que devolver el dinero al programa.

Signature – Applicant/Firma del solicitante	Date/Fecha	Signature – Spouse (if applicable)/Firma del o la cónyuge (de ser aplicable)	Date/Fecha
Signature – Person Who Helped Complete this Application/ Firma de la persona que le ayudó a completar esta solicitud		Relationship to Client/Relación con el cliente	Date/Fecha

DSHS EPILEPSY PROGRAM – Application For Health Care Assistance (Page 2 of 2 / September 2013)

APPLICATION FOR HEALTH CARE ASSISTANCE

1. Complete your name and address;
2. Sign and date the application; and
3. Answer as many questions as you can on this application

Turn in or mail back your application today even if you cannot answer all the questions.

YOUR RESPONSIBILITIES

Applicants are responsible for completing page one of the application form for medical services assistance.

Applicants are responsible for providing documents requested by the contractor. Examples of some of the items you may be asked to prove and documents you can use for proof are:

Where You Live and Plan to Continue Living

- o Possible Proof: Valid Texas Drivers License
- o Current voter registration
- o Rent or utility receipts for one month prior to the month of application
- o Motor vehicle registration
- o School records
- o Medical cards or other similar benefit cards
- o Property tax receipt
- o Mail addressed to the applicant, his/her spouse, or children if they live together
- o Other documents considered valid by the contractor

Your Income

- o Possible Proof: Pay check stubs
- o Pay checks
- o W-2 tax forms or income tax returns
- o Sales records
- o Statements from employers
- o Award letters
- o Legal documents
- o Statements from persons giving you money

Other Health Care Coverage

- o Possible Proof: Award or claim letters
- o Insurance policies
- o Court documents
- o Other legal papers

Information on social security numbers should be given if this information is available. Information on sex (Male/Female) is voluntary. These types of information will not affect your eligibility.

You must give information about health care insurance and any other third party financially liable for health care services.

SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA

1. Ponga su nombre y domicilio.
2. Firme y feche la solicitud.
3. Responda el mayor número de preguntas que pueda en esta solicitud.

Entregue su solicitud o mándela por correo postal hoy mismo aunque no pueda responder todas las preguntas.

SUS RESPONSABILIDADES

El solicitante es responsable de la primera página del formulario de solicitud de asistencia de servicios médicos.

El solicitante es responsable de proveer los documentos que el contratista solicite. Los siguientes son algunos ejemplos de las cosas que podrían pedirle que compruebe y los documentos que puede usar como comprobantes:

Dónde vive y dónde piensa seguir viviendo

- o Posible comprobante: licencia de conducir de Texas válida
- o Registro actual de votante
- o Recibos de renta o servicios públicos del mes anterior al mes de solicitud
- o Registro de automóvil
- o Registros escolares
- o Tarjetas médicas o cualquier otro tipo de tarjeta de prestaciones similar
- o Recibos de impuestos sobre la propiedad inmobiliaria
- o Correspondencia dirigida al solicitante, a su cónyuge o a sus hijos, si ellos viven con el solicitante
- o Otros documentos que el contratista considere que son válidos

Sus ingresos

- o Posible comprobante: talones de cheque de paga
- o Cheques de paga
- o Formularios de impuestos W-2 o declaraciones de impuestos sobre la renta
- o Registros de ventas
- o Declaraciones de los empleadores
- o Cartas de adjudicación
- o Documentos jurídicos
- o Declaraciones de las personas que le dan dinero a usted

Otro tipo de cobertura médica

- o Posible comprobante: cartas de adjudicación o reclamación
- o Pólizas de seguro
- o Documentos judiciales
- o Otro tipo de documentación jurídica

Debe dar la información respecto a los números del Seguro Social si tiene dicha información disponible. La información respecto al sexo (si es hombre o mujer) es voluntaria. Estos tipos de información no afectan su derecho a participar.

Usted debe dar la información sobre el seguro médico y cualquier tercera persona que sea financieramente responsable de los servicios de atención de salud.