



**CENTRAL & SOUTH  
TEXAS**

Estimado Solicitante,

Gracias por su interés en el programa de Epilepsia de la Fundación de Epilepsia del Centro y Sur de Tejas. Por favor llene, firme y ponga la fecha el cuestionario que le enviamos y mande el cuestionario a nuestras oficinas con la siguiente información:

**Comprobante de Domicilio:**

- Envíe copia de algún documento donde este su nombre y su dirección actual. (La página #2 del cuestionario tiene una lista de los documentos que usted puede enviar)

**Comprobante de Ingresos:**

- Envíe copia de su comprobante de ingresos. (La página #2 del cuestionario tiene una lista de los documentos que usted puede enviar)

**Copia de su identificación**

Para poder procesar su aplicación, favor de enviar todos sus documentos incluyendo página #1 lo más pronto posible por correo o fax a:

**Epilepsy Foundation Central & South Texas  
8601 Village Dr Ste 220 San Antonio, TX 78217  
Fax #: 210-653-5355  
Email: [olga@efcst.org](mailto:olga@efcst.org)**

Si usted tiene alguna pregunta no dude en llamarnos.

Sinceramente,

Olga Tristan-Rangel  
Gerente de Servicios Clínicos

# 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.

Este formulario se puede usar para solicitar asistencia médica por medio del Programa de Epilepsia. Llene todos los campos salvo aquellos cuyas instrucciones digan que debe marcar todo lo que aplique.

**Sección I. Datos sobre el adulto responsable principal o el solicitante adulto**

\*Si el solicitante está llenando la solicitud en nombre de un menor, los datos de este se incluirán en la Sección II.

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		Fecha de nacimiento	Grupo racial o étnico	
Domicilio (calle, número de apartamento o apartado postal)		Ciudad		Condado	Estado	Código postal
Teléfono con código de área del hogar				Teléfono celular con código de área		
Dirección de correo electrónico						

**Preferencias de contacto**

Las siguientes preguntas son opcionales y no afectan su derecho a los beneficios.

Método de contacto preferido (Marque todos los que apliquen). .....  Correo electrónico  Teléfono:  Correo postal:

¿En qué idioma prefiere hablar? .....  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

¿En qué idioma prefiere la correspondencia? .....  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

Al marcar esta casilla, autorizo a mi proveedor de atención médica a comunicarse conmigo por mensajes de voz o de texto al número de teléfono celular indicado.

¿Tiene usted u otro solicitante una necesidad médica inmediata?  Sí  No

**Información importante para veteranos:** Las mujeres y los hombres que hayan servido en cualquier rama de los cuerpos de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (incluidos el Ejército, la Armada, el Cuerpo de Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el Cuerpo de Reservistas o la Guardia Nacional) podrían tener derecho a recibir beneficios y servicios adicionales. Para más información, visite el Portal para veteranos de Texas en: <https://veterans.portal.texas.gov>.

¿Es usted veterano?  Sí  No.

**Sección II. Información sobre el hogar**

Número de miembros del hogar: \_\_\_\_\_

El número de personas incluye a usted y a cualquier persona que viva con usted y de quien usted sea responsable legalmente. Los menores de edad deben anotar a sus padres o tutores legales:

**Miembros del hogar (incluido el adulto responsable principal o el solicitante adulto)**

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo	Grupo racial o étnico	Parentesco	¿Tiene cobertura integral de atención médica? *
					<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

\* Los programas de cobertura integral de atención médica pueden ser Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), beneficios para veteranos, TRICARE, seguro privado, etc. Un representante autorizado del programa presentará una solicitud de reembolso de su seguro por cualquier beneficio, servicio o asistencia recibidos por el miembro con cobertura integral. Los servicios de nutrición (WIC, SNAP) no cuentan como cobertura integral.

¿Tiene usted o alguno de los miembros de su hogar alguna circunstancia especial? .....

Sí  No

Si respondió "Sí", dé una explicación detallada de las circunstancias especiales (una circunstancia especial sería una situación inusual que casi nunca sucede):

**Sección III. Otros beneficios**

Marque todos los beneficios que recibe.

- Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) Perinatal
- Programa SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program)
- Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- Medicaid para mujeres embarazadas
- Healthy Texas Women (HTW)
- Ninguno de estos

**Sección IV. Confirmación**

Declaro que según mi leal saber y entender todas las declaraciones que he hecho, incluidas mis respuestas a todas las preguntas, son correctas y verdaderas. Me comprometo a dar al personal de verificación de requisitos cualquier información necesaria para comprobar las declaraciones sobre mi derecho a los servicios. Me comprometo a informar sobre cualquier cambio en los ingresos, estructura familiar, residencia, dirección actual, empleo y todo tipo de cobertura de atención médica a más tardar 30 días de que ocurra el cambio. Quedo enterado de que, si proporciono información falsa, podría ser excluido del programa o tendría que reembolsar el costo de los servicios.

**Aviso sobre la confidencialidad**

Excepto en algunos casos, usted tiene derecho a pedir los datos que el estado de Texas recopila sobre usted. Tiene derecho a obtener y revisar esos datos cuando usted lo pida. Usted también tiene derecho a pedir que el departamento estatal corrija cualquier información incorrecta. (Secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004 del Código Gubernamental)

**Reconocimiento**

Entiendo que esta solicitud es un documento legal y que al firmarla doy fe de que, hasta donde yo sé, toda la información que he proporcionado es correcta y verdadera. Entiendo que dar información falsa podría llevar a ser descalificado del programa o a tener que reembolsar el costo de los servicios recibidos, y que si se aprueba que reciba los servicios del programa debo cumplir con sus normas, entre ellas el seguir cumpliendo los requisitos y el cumplir todas las demás responsabilidades de los beneficiarios.

**Declaración sobre la divulgación de información**

Autorizo la divulgación de información médica y de ingresos entre la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas y el proveedor, según sea necesario, para determinar mi derecho a los servicios, coordinarlos, prestarlos y cobrar por ellos.

**Certificación de la cobertura**

Certifico que yo, el solicitante, no tengo ninguna otra cobertura aparte de las que se indican en la sección de información sobre el seguro de esta solicitud. Autorizo al programa a que cobre a las fuentes de cobertura indicadas cualquier servicio prestado.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que está ayudando al solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**For Facility Office Use Only (El resto del formulario es solo para uso de la oficina)**

Name of Applicant		Type of Determination	Client or Case No.
		<input type="radio"/> New <input type="radio"/> Re-Certification	
Case Record Action <input type="radio"/> Approved <input type="radio"/> Presumptive <input type="radio"/> Supplemental <input type="radio"/> Denied			Eligibility Effective Date

### Section V. Household Income Information

List the applicant's household income below. Be sure to include the following types of income: Gross earned income; cash gifts or contributions; investment dividends, interest or royalties; non-educational loans; lawsuit or lump sum payments; mineral rights; pensions or annuities; reimbursements; Social Security benefit payments; unemployment payments; Veterans Affairs (VA); and workers' compensation. Refer to Definition of Income for additional information about different types of income.

Name of Household Member Receiving Money	Name of Agency, Person or Employer Who Provides Money	Type of Income	Amount Received	How Often Received (Daily, weekly, every two weeks, twice a month, monthly)	Monthly Income Total
<b>Total Countable Monthly Income</b>					
<b>Deductions</b>					-
<b>Net Countable Monthly Income</b>					

Verification of Income:

### Section VI. Program Eligibility

Household Member	Meets Program Eligibility
1.	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>

### Section VII. Contractor Eligibility Certification

Eligibility Effective Date: \_\_\_\_\_

- 1. Are all household members eligible as Texas residents? .....  Yes  No
- 2. Net Countable Monthly Household Income: ..... \_\_\_\_\_
- 3. Household Federal Poverty Level: ..... \_\_\_\_\_
- 4a. Proof of Income: .....  Yes  Waived
- 4b. Reason for Waiver of Proof of Income: \_\_\_\_\_
- 5. Check each program below if you assessed the applicant's potential eligibility:  

<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> CHIP	<input type="checkbox"/> CHIP Perinatal
<input type="checkbox"/> Private insurance	<input type="checkbox"/> VA benefits	<input type="checkbox"/> TRICARE	<input type="checkbox"/> Workers' Compensation
- 6. If the applicant is potentially eligible for another program, did you assist the applicant with that application? .....  Yes  No
- 7. Presumptive Eligibility: .....  Yes  No  N/A
- 8. Presumptive Eligibility End Date: ..... \_\_\_\_\_

Copayment Amount (if applicable): \_\_\_\_\_

Notes:

Name of Facility \_\_\_\_\_ Facility Staff Member Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Form should be kept with client's record. Form should not be submitted to state office.**



## Derechos y responsabilidades del solicitante

Al firmar esta solicitud de asistencia, confirmo lo siguiente:

La información contenida en la solicitud y los anexos es correcta y verdadera. Esta solicitud es un documento legal. Omitir información a propósito o dar información falsa podría ocasionar que el proveedor cancele mis servicios o los de un miembro de mi familia.

Si omito, no doy o me niego a dar información, o si doy información falsa o engañosa sobre estos asuntos podría tener que reembolsar al estado de Texas el costo de los servicios recibidos si se determina que no llenaba los requisitos para recibirlos. Me comprometo a informar sobre cualquier cambio en la situación de mi familia que afecte mi derecho a los servicios durante el periodo de certificación (cambios en los ingresos, el domicilio o el número de miembros en la familia).

Autorizo el intercambio de información, incluyendo la relacionada con mis ingresos e información médica, entre la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas y el proveedor de servicios a fin de determinar si yo y mi familia cumplimos los requisitos y si se nos pueden prestar servicios y cobrar por ellos.

Entiendo que el proveedor me podría pedir comprobantes de cualquier dato proporcionado en esta solicitud.

Debo informar al proveedor si tengo alguna de las siguientes coberturas de seguro médico: seguro médico privado o en grupo, membresía en una organización para el cuidado de la salud, Medicaid, Medicare, beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos, TRICARE y beneficios de indemnización laboral. Los beneficios del seguro médico podrían considerarse la fuente principal de pago por los servicios de salud recibidos. Por medio de la presente asigno al proveedor cualquiera de estos beneficios. También asigno el pago de los beneficios y servicios recibidos del proveedor y por medio de él directamente a los proveedores de servicios.

Entiendo que, para seguir cumpliendo con los requisitos del programa, tendré que volver a solicitar asistencia por lo menos cada 12 meses.

Soy residente legítimo de Texas o dependiente de alguien que lo es. Vivo físicamente en Texas, tengo mi residencia en Texas y afirmo no ser residente de otro estado o país, o bien, soy dependiente de un residente legítimo de Texas.

Algunos programas brindan atención médica a través de proveedores aprobados por los programas. Entiendo que, para recibir beneficios de tales programas, los proveedores aprobados por los programas deben brindar el tratamiento.

Entiendo que los criterios para participar en el programa son los mismos para todos sin importar el sexo, la edad, la discapacidad, la raza o el país de origen.

Entiendo que tengo derecho a presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC, al teléfono 888-388-6332, sobre la manera en que se tramitó mi solicitud o sobre cualquier acción que haya tomado el programa.

Entiendo que recibiré documentación por escrito sobre los servicios a los que yo o mi familia tenemos o podríamos tener derecho.

Excepto en algunos casos, tengo derecho a pedir y a ser informado de los datos que el estado de Texas recopila sobre mí. Tengo derecho a recibir y revisar esos datos cuando así lo pida. También tengo derecho a pedir que el departamento estatal corrija cualquier información incorrecta. (Fuente: Secciones 552.021, 522.023, 559.003 y 559.004 del Código Gubernamental)

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado del proveedor

\_\_\_\_\_  
Fecha