



Departamento para el Cuidado de la Salud Para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria

434 East Mulberry Street

Angleton, Texas 77515

Oficina: (979) 864-1884

Fax: (979) 864-3922

260 George St., Suite 200

Alvin, Texas 77511

Oficina: (281) 585-3024

Fax: (281) 824-0174

Como aplicar para el Programa Indigente del Condado de Brazoria

1. Complete la solicitud; no deje espacios en blanco.
2. Haga copias de toda la documentación necesaria y adjúntelas a su solicitud.
3. Envíe por correo o en persona su solicitud adjunto con toda la documentación necesaria a la oficina del Departamento de Salud de Brazoria County en Angleton. (Si usted es residente de la ciudad de Brazoria, Clute, Damon, Dancinger, Freeport, Guy, Jones Creek, Lake Jackson, Old Ocean, Oyster Creek, Pledger, Richwood, Surfside, Sweeny, o West Columbia) on en la oficina en Alvin (Si usted es residente de Alvin, Friendswood, Liverpool, Manvel, Pearland, or Rosharon.)
4. Asegúrese de firmar la Autorización para Checar Antecedentes antes de enviar su solicitud (última página)

Nota: La recepcionista no es responsable de hacer copias.

QUE ES LO QUE PASA DESPUES?

- Su solicitud y documentación serán investigados por un representante.
- Si acaso se necesitan mas documentos para completar su solicitud, le informaremos por correo y le pediremos que nos mande cualquier información adicional.
- Una vez que su solicitud este completa, nosotros completaremos el proceso de pre investigación y le avisaremos por teléfono o por correo de la fecha y hora de su cita. (Nosotros nos reservamos el derecho de pedir información adicional en cualquier momento durante la solicitud o durante el proceso de entrevista).
- Si su caso es negado, se le mandará una carta de negación por correo.

******* Asistencia en llenar la solicitud se proporcionará si es necesario, comuníquese con Jennifer Gutiérrez al (979) 864-1884 o Amalia Ramos al (281) 585-3024 para obtener ayuda *******



Departamento para el Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria

434 East Mulberry Street Angleton, Texas 77515

Oficina: (979) 864-1884 Fax: (979) 864-3922

260 George St., Suite 200 Alvin, Tx 77511

Oficina: (281) 585-3024 Fax: (281) 824-0174

REQUISITOS PARA LLENAR SU SOLICITUD

El Programa del Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria requiere que todos las preguntas sean completadas cuando entregue su solicitud. Solicitudes incompletas o sin la información necesaria serán negadas o regresadas.

Para facilitar el proceso de su solicitud, por favor adjunte copias de la siguiente información que aplique a usted.

PRUEBA DE IDENTIFICACION para cada solicitante (y patrocinador si es aplicable)

- Licencia de manejar del estado de Texas/tarjeta de Identificación de Texas
- Pasaporte y tarjeta de residente extranjero
- Tarjeta de Seguro Social
- Acta de Nacimiento (si no hay otra documentación disponible)
- Identificación presente de su propio país.

PRUEBA DE RESIDENCIA

- Licencia de manejar del estado de Texas o tarjeta de ID de Texas con la misma dirección que esta en su solicitud
- Tarjeta de Registro para votar con la misma dirección que esta en su solicitud
- Recibo de luz o agua que este al corriente y que tenga la misma dirección que esta en su solicitud

SUELDO

- Cuatro (4) talones de sus mas recientes cheques de pago (NOTAR: si tiene recibos médicos de mas de tres meses que no han sido pagados, necesitamos los talones de cheques de pago de esos meses también)
- Si le pagan en efectivo, necesita traernos una carta de su patrón verificando la cantidad de su sueldo
- Si es empleado independiente, necesita traernos expedientes corrientes o la forma del Empleado Independiente
- Carta al corriente de Aprobación del Seguro Social para ambos esposos y para los niños que lo reciben
- Declaraciones mas recientes de Ayuda al Niño (se necesitan los cheques reales o la Orden de la corte de Ayuda de Niño)
- Decreto del divorcio
- Verificación corriente de beneficios médicos de Compensación del Trabajador o negación de beneficios
- Pruebas de cualquier sueldo, sea: beneficios de viudo(a), jubilación, pensión, pagos de dividendo, desempleo, Compensación del Trabajador, etc.
- Si es aplicable, los ingresos del patrocinador también se considerarán como parte de la aplicación.

RECURSOS

- Estados de Cuenta de su cuenta bancaria de cheques o de ahorro
- Verificación de acciones, bonos o cuenta de jubilación
- Registro de auto o títulos de todos sus vehiculos en su casa, aunque estén bajo otro nombre
- Si es aplicable, los recursos del patrocinador también se considerarán como parte de la aplicación.

VERIFICACION DE OTRA ASISTENCIA

- Cartas al corriente de aprobacion/negacion de Medicaid, TANF, SSI, Estampillas de Hogar y Comida o cualquier otro programa de asistencia (traiga todo que le pertenezca)
- Forma de Verificar el Mantenimiento completada, firmada, y notariada por todos las personas o fuentes que le ayudan a mantenerlo/a
- Cualquier asistencia dentro de los últimos 3 meses de Servicios Sociales locales o de alguna organización de caridad



Departamento para el Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria

434 East Mulberry Street Angleton, Texas 77515

Oficina: (979) 864-1884 Fax: (979) 864-1093

260 George St., Suite 200 Alvin, Tx 77511

Oficina: (281) 585-3024 Fax: (281) 824-0174

Todos los clientes elegibles del Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes son requeridas que se registren para trabajar con el Centro de Fuerza de Trabajo de Texas.

Usted debe ir al Centro de Fuerza de Trabajo de Texas a las siguientes localidades:

- Lake Jackson – 206 Hwy 332 W
- Teléfono: (979) 297-6400

- Texas City – 3549 Palmer Highway
- Teléfono: (409) 949-9055

Cuando usted envíe su aplicación ya completada, usted debe de adjuntar dos formas de identificación.

Cuando usted envíe su aplicación ya completada, por favor lleve esta carta con usted y pídale que le pongan un sello con la fecha (o que le adjunten una hoja de constancia) como verificación que usted se ha registrado para trabajar.

Esta carta (ya con el sello del Centro de Fuerza de Trabajo de Texas o la hoja de constancia) debe ser regresada a nuestra oficina cuando venga a su cita designada. Si esta carta no se regresa, la asistencia será retirada.

Received by TWC (date stamp) _____

Applicant Name: _____

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 16 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.

- Es dueño o está pagando por el hogar
 Vive en una casa que otra persona paga
 No tiene residencia permanente
 Vive con otra persona
 Renta una casa o apartamento
 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 vive 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.



Departamento para el Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria

434 East Mulberry Street Angleton, TX 77515

Oficina: (979) 864-1884 Fax: (979) 864-3922

260 George St., Suite 200 Alvin, Tx 77511

Oficina: (281)585-3024 Fax: (281) 824-0174

PAUTAS DE COMPORTAMIENTO

- Todos los solicitantes y clientes que califican necesitan cumplir con todas las pólizas y pautas del Estado y Condado para recibir servicios del Programa de Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria.
- Todos los solicitantes y clientes que califican necesitan cumplir con las pautas de comportamiento establecidas por el Estado de Texas y también aplican las pautas para la Clínica De los Médicos y cualquier oficina de especialistas donde sean referidos.
- Todos solicitantes y clientes que se comporten groseros y que hablen con lengua abusiva no serán atendidos. Nuestros empleados serán protegidos de situaciones peligrosas; confrontaciones combativas o físicas resultaran en terminación inmediata del Programa de Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria.
- Se espera que todos los clientes calificados se conformen con el régimen propuesto por la Clínica De los Médicos del Condado de Brazoria, UTMB grupo de atención primaria, o por el Especialista a quien a sido referido. Exámenes adicionales referidos, por ejemplo laboratorio, procedimientos de radiología u otras referencias a especialistas, deben de ser hechas dentro de una semana de la ultima consulta del medico primario. Clientes calificados serán terminados del programa si no conforman.
- Clientes serán terminados del Programa de Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria por el uso ilícito de drogas y abuso continuado de alcohol, si no están activamente participando en un programa de rehabilitación supervisada.
- Todos clientes calificados tendrán que dar una notificación a los Médicos Primarios o Especialistas, por lo menos 24 horas por adelantado para cancelar una cita, si el cliente no puede guardar la cita. El cliente será terminado del Programa de Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria si repetidamente falta a sus citas.

YO HE LEIDO Y ENTIENDO TODAS LAS PAUTAS AQUÍ ESCRITAS Y ENTIENDO QUE SI NO CUMPLO CON ESTAS PAUTAS, EL RESULTADO PUEDE SER QUE ME SUSPENDAN DEL PROGRAMA.

Firma del Solicitante

Fecha

Nombre Escrito del Solicitante



Departamento para el Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria

434 East Mulberry Street Angleton, TX 77515

Oficina: (979) 864-1884 Fax: (979) 864-1093

260 George St., Suite 200 Alvin, Tx 77511

Oficina: (281) 585-3024 Fax: (281) 824-0174

DECLARACION DE SERVICIOS

- **Los Clientes están obligados a buscar TODA la atención médica “No de Emergencia” con el grupo de Telemedicina UT, del Condado de Brazoria.**
Médicos del Condado de Brazoria, de la Oficina UT de Telemedicina determinen que su condición requiere tratamiento de un especialista; él / ella emitirá una recomendación para que usted vea a ese especialista. El condado de Brazoria CIHCP no emitirá pago para los servicios de cualquier emergencia no prevista, sin una referencia del la oficina Médica del Condado de Brazoria.
- **No serán utilizadas las salas de emergencia en el hospital. Solamente se utilizarán en caso de emergencia seria.** Si busca atención médica de rutina, como para la gripa, en una sala de emergencia de hospital, usted puede ser responsable por pagar esa cuenta y todos los cobros conectados a la sala de emergencia de hospital, doctor, y laboratorio.
- El Condado de Brazoria pagara hasta **tres (3) recetas por mes** y hasta **\$30,000.00 por año** en cobros de hospital, doctor, laboratorio, rayos equis, y gastos de enfermeras expertas, o **30 días en el hospital, dependiendo cual servicio se use primero.**
- **Los clientes pueden ser responsables por el balance de cargos que no sean pagados por el Condado de Brazoria, incluyendo el pago completo de cada medicina que se compre y que sobrepasen las tres (3) recetas por mes.**
- **Los clientes serán responsables de informar a sus proveedores de su elegibilidad** con el programa del Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria y de informar a esos proveedores de nuestra dirección anotada atrás de su tarjeta de elegibilidad.
- El Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria no es responsable por ningunas reclamaciones médicas recibidas en nuestra oficina después de nuestro plazo final. (Ya sea 95 días de la fecha de servicio O 95 días de la fecha de su aplicación completa.) ***Si un proveedor le manda un cobro, tiene usted que ponerse en contacto con ese proveedor y darle la información aquí mencionada para que ellos puedan cobrar en nuestra oficina.**
- **Los clientes deben notificar a nuestra oficina dentro de 14 días de cualquier cambio de situación,** tales como cambios en: sueldo, dirección, propiedad (incluyendo vehículos), miembros en el hogar, aplicación/recibo de SSI, TANF, o Medicaid.

Si ocurre un cambio que le hace inelegible y usted no nos notifica del cambio como es requerido, usted puede ser responsable por el pago de cualquier servicio médico recibido después de que usted ya no califique o puede ser sujeto a prosecución bajo Código Penal de Texas.

YO HE LEIDO Y ENTIENDO TODAS LAS CONDICIONES AQUÍ DECLARADAS.

FIRMA DE APLICANTE

FECHA

NOMBRE DE APLICAN



Departamento para el Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria

434 East Mulberry Street Angleton, Texas 77515

Oficina: (979) 864-1884 Fax: (979) 864-1093

260 George St., Suite 200 Alvin, Tx 77511

Oficina: (281) 585-3024 Fax: (281) 824-0174

Estimado Solicitante para el Cuidado de Salud para las Personas Indigentes:

Por favor tome nota de lo siguiente:

**PROGRAMA DEL CUIDADO DE LA SALUD PARA LAS PERSONAS
INDIGENTES DEL CONDADO DE BRAZORIA**

PÓLIZA DE FRAUDE

- I. Si alguna persona conscientemente proporciona información falsa para el propósito de calificar para el cuidado de la salud para las personas indigentes, el o ella son sujetos a la Sección 37.10 del Código Penal de Texas – Falsificar con los Registros del Gobierno, Delito Menor Clase “A”; y/o sujeto a la Sección 32.46 del Código Penal de Texas – Asegurando Ejecución de un Documento por Decepción.
- II. Si una persona conscientemente, dentro de los previos 24 meses, hizo una transferencia de alguna fuente de ingresos por menos del valor equitativo del mercado para calificar para el programa de la salud para las personas indigentes, el hogar de esa persona es considerado no elegible por dos años comenzando con la fecha cuando se hizo la transferencia y si alguna persona falla al no divulgar tal transferencia, esa persona también será sujeta a las sanciones criminales que se describen en la Sección I.
- III. Si alguna persona falla en reportar un cambio de ingresos, recursos, residencia, o miembros de su hogar, tal falla hace que la persona no tenga derecho a los beneficios. Si hubo beneficios pagados a alguna persona mientras esta persona no hay tenido derecho de recibirlos, los beneficios deberán ser devueltos.
- IV. Si alguna persona conscientemente esconde algún cambio de ingresos, recursos, o residencia para el propósito de permanecer elegible, el o ella es culpable por cualquier beneficio recibido mientras no era elegible; y sujeto a sanciones criminales escritas en la Sección I; y sujeto a Sección 31.03 y/o Sección 31.04 del Código Penal de Texas, Robo y Robo de Servicios, respectivamente Delito Menor Clase “C” a Delito Mayor de Segundo Grado, dependiendo en el valor de la propiedad o de los servicios tomados.
- V. Si alguna persona conscientemente altera un documento de autorización recibido del programa de la salud para las personas indigentes para el propósito de cambiar el tipo de cuidado de salud autorizado o el beneficiario del cuidado de la salud autorizado, el o ella es sujeto a la Sección 37.10 del Código Penal de Texas, Falsificar con los Registros del Gobierno, Delito Menor Clase “A”. Si la alteración involucra la distribución de sustancias controladas, la persona es sujeto a sanciones criminales de acuerdo al Acto de Drogas Peligrosas, y al Acto de Sustancias Controladas.

Las leyes aquí mencionadas son para propósito ilustrativo. Prosecución por el abogado de distrito o de alguna otra autoridad criminal no necesita ser limitado a las provisiones de autoridad criminal aquí mencionados.

Si usted no sabe la contestación a alguna pregunta que se le haga, por favor no adivine. Si usted no sabe tales contestaciones, por favor dígaselo a esta oficina y amablemente lo pondremos en contacto con las autoridades apropiadas

Yo he leído esta carta y entiendo su contenido.

Firma

Su Nombre

Fecha



Departamento para el Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria

434 East Mulberry Street Angleton, Texas 77515

Oficina: (979) 864-1884 Fax: (979) 864-3922

260 George St., Suite 200 Alvin, Tx 77511

Oficina: (281) 585-3024 Fax:(281) 824-0174

AUTORIZACION PARA CHECAR ANTECEDENTES

SOLICITANTE: _____ SS: _____ D.O.B.: _____

ESPOSO(A): _____ SS: _____ D.O.B.: _____

DIRECCIÓN: _____

Tengo entendido que como parte del proceso de esta aplicación para los beneficios del Programa del Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria, es requerido que yo proporcione ciertos documentos por escrito al Departamento de Salud. Yo entiendo que si yo no proporciono estos documentos, esto va a demorar el que reciba los beneficios, si hay algunos, que yo pudiera recibir.

Por medio de la presente doy mi permiso al Programa del Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria para que obtengan información de mis antecedentes de la Comisión de la Fuerza de Trabajo de Texas, del Departamento de Registro de Vehículos, Agencia de Crédito, y de cualquier otro tipo de fuentes o banco de datos que necesiten ser contactados para determinar si soy elegible para el Programa del Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes.

Yo, _____; por medio de la presente autorizo a cualquier agencia publica incluyendo la Administración del Seguro Social, Medicaid y Medicare para que proporcionen al Condado de Brazoria o su agente, información relacionada a bienes o cualquiera otra fuente de ingresos que yo tenga a mi nombre y/o historia criminal. Por medio de la presente yo doy permiso al Condado de Brazoria y a todos sus agentes y empleados, a las agencias publicas que proporcionen tal información y a todos los empleados de las agencias publicas que proporcionen información, y toda la responsabilidad que resulte de esta información que se proporcione al Condado de Brazoria. Yo certifico que las declaraciones hechas por mi en esta forma y/o en mi aplicación para los servicios del cuidado de la salud son verdaderos, completos, y correctos y los he hecho en mi pleno conocimiento y razonamiento, y los he hecho de buena fe. Yo entiendo que cualquiera declaración falsa que se haya hecho en la presente o en mi aplicación para el servicio de salud del Condado de Brazoria cancelará cualquier consideración para elegibilidad en el Programa del Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria en relación a mi aplicación para tales servicios de salud. Yo se y entiendo la Póliza de Fraude del Programa del Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes del Condado de Brazoria.

Yo estoy consciente que debo aplicar de nuevo para el Cuidado de la Salud para las Personas Indigentes cada seis meses y si yo no aplico de nuevo, yo podría perder cualquier beneficio que yo podría estar recibiendo.

Yo he leído esta forma y yo entiendo lo que he leído.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Esposo(a) del Solicitante

Fecha