

Presidio-Brewster County Indigent Health Care Program
REQUISITOS PARA APLICAR
TRAER DOCUMENTOS REQUERIDOS A SU CITA

El programa de Indigente del Condado de Presidio-Brewster requiere que su aplicacion sea completada al entregarse. Aplicaciones incompletas o sin informacion requerida seran negadas o regresadas. Pasar por su aplicacion antes de la cita lea y firme la Aplicacion completa antes de entregar. Para acelerar su aplicacion,por favor entregue copias de toda la informacion siguiente que pertenece:

PRUEBA DE IDENTIFICACION para cada aplicante

- Licencia de manejar o Identificacion de Texas vigente y con direccion fisica actual
- Targeta de seguro social
- Solicitantes deben ser mayor de 18 años

PRUEBA DE RESIDENCIA

- Solicitantes deben residir en el Condado de Brewster o Presidio
- Factura de Servicios (Agua,Luz o Telefono) con direccion fisica
- Si usted es propietario de su casa traiga su comprobante donde paga impuestos

INGRESOS/SUELDO

- CUATRO mas recientes talones de cheque (si su pago es cada dos semanas)
- Si su pago es semanalmente son OCHO talones de cheque
- Si le pagan en efectivo ,necesita traer una carta de su empleador informandonos la cantidad de su sueldo
- Si usted trabaja por cuenta propia necesitateroms la fprma de declaracion de recursos
- Carta de comprobante de Seguro Social de la cantidad que recibe mensualmente
- Declaracion de pension alimenticia de Hijo/a o adulto/a (talones de cheque o orden de corte-child support) o acta de divorcio
- Verificacion de beneficios de compensacion del trabajador o carta de negacion
- Comprobante de cualquier sueldo;beneficios de viuda,retiro,pension,desempleo, compensacion del trabajador ,Etc.
- Si el/la aplicante es incapaz de trabajar tiene que entregarnos documentacion de su Doctor explicando su enfermedad,incapacidad y duracion de incapacidad de trabajar

RECURSOS

- Cuatro mas recientes estados de cuenta Bancarios (Cheque y/ o ahorros) y tres meses anteriores
- Registro o titulo de todos los vehiculos en su casa (si su vehiculo tiene adeudo necesita traer declaracion de balance de prestamo)
- Verificacion de cuentas de retiro o almacenas

VERIFICACION DE OTRA ASISTENCIA

- Cartas mas recientes de aprobacion/negacion de Medicaid,TANF,SSI,SSA,Housing y SNAP(food stamp) o cualquier otro programa de asistencia.
- Cualquier asistencia de los ultimos 3 meses de Organizacion de Caridad o Servicios Sociales local (Ejemplos:Community Action donde le pagan sus utilidades,etc..)



FOR OFFICE USE ONLY / PARA USO DE LA OFICINA

Status <input type="checkbox"/> Application <input type="checkbox"/> Review	Date Form 100 is Requested/Issued	Date Identifiable Form 100 is Received	Case Record Number	Appointment Date and Time, if applicable
--	-----------------------------------	--	--------------------	--

APPLICATION FOR HEALTH CARE ASSISTANCE / SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA

Name (Last, First, Middle)/Nombre (Apellido, primer, segundo)	Home Telephone No./Teléfono de la casa	Other Telephone No./Otro número de teléfono		
Have you ever used another name? If so, list other names you have used./¿Ha usado alguna vez otro nombre? Si es el caso, enumere los nombres que ha usado. <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No				
Mailing Address (Street or P.O. Box)/Dirección Postal (Calle o Apdo.)	Apt.# /Apto.#	City/Ciudad	State/Estado	ZIP
Home Address, if different from above. If it is rural, give directions. / Domicilio particular, si es diferente a la dirección de arriba. Si es rural, explique cómo llegar.				

1. On the chart below, fill in the first line with information about yourself. Fill in the remaining lines for everyone who lives in the house with you, whether or not you consider them household members. / En la tabla a continuación, llene la primera línea con información acerca de usted mismo. Llene las líneas restantes acerca de todos que viven en la casa con usted, los considere miembros de la unidad familiar o no.

Name (Last, First, Middle) Nombre (Apellido, primero, segundo)	Social Security Number (if available) Número de Seguro Social (si lo tiene a su disposición)	Sex Sexo Male/ Female Hombre/ Mujer	Date of Birth Fecha de nacimiento	What Relation to you? ¿Parentesco con usted?	Are you a sponsored alien? ¿Es usted un extranjero patrocinado?
				MYSELF Yo mismo	

The word "household" in Questions #2 - #16 refers to: you, your spouse, and anyone else that lives with you and with whom you have a legal relationship. You do not need to include information on people who live with you but are not part of your "household."
Las palabras "unidad familiar" en las preguntas #2- #16 se refiere a: usted, su esposo o esposa, y cualquier otra persona que vive con usted y con quien tiene una relación legal. No necesita incluir información de las personas quienes viven con usted que no son parte de su "unidad familiar."

2. What is your household's county and state of residence (where you make your permanent home)?
¿En qué condado y en qué estado viven (tienen su hogar permanente) usted y las personas de la unidad familiar?

County/Condado _____ State/Estado _____

Do you plan to remain in this county and state?
¿Piensa quedarse en este condado y este estado?..... Yes/Si No

3. Living Arrangements/Vivienda
Check all boxes that apply to your household./Marque todas las cajitas que se apliquen a su caso.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Own or paying for home
Soy dueño de mi casa o la estoy comprando | <input type="checkbox"/> Live in a house provided by someone else
Vivo en una casa ajena | <input type="checkbox"/> No permanent residence
No tengo residencia permanente |
| <input type="checkbox"/> Live with someone else
Vivo con otra persona | <input type="checkbox"/> Rent House/Apartment
Rento una casa o apartamento | <input type="checkbox"/> Jail
Cárcel |

4. List your average monthly household expenses./Enumere los gastos mensuales de la unidad familiar.

Rent/Mortgage/Renta/hipoteca.....\$ _____

Utilities (gas, water, electric)/Servicios públicos (gas, agua, luz)\$ _____

Telephone/Teléfono\$ _____

Transportation, such as gas, car payments, bus/Transportación, tal como gasolina, pagos del carro, autobús\$ _____

Tax and Insurance on home per year/Impuesto y seguro anual de la casa\$ _____

Other/Otro.....\$ _____

Other/Otro.....\$ _____

Other/Otro.....\$ _____

Does anyone pay these household expenses for you?
 ¿Hay otra persona que paga estos gastos de la unidad familiar por usted? Yes/Sí No

If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿quién? _____

5. Are you – or is anyone in your household – receiving TANF Food Stamp Medicaid benefits?
 ¿Está usted o alguien de la unidad familiar recibiendo beneficios de TANF, estampillas para comida, y/o Medicaid? Yes/Sí No

If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿quién? _____

6. Are you – or is anyone in your household – pregnant?
 ¿Está usted o alguien de la unidad familiar embarazada?..... Yes/Sí No

If Yes, who? Si contesta "Sí," ¿quién? _____

7. Are you – or is anyone in your household – disabled?
 ¿Está usted o alguien de la unidad familiar incapacitada?..... Yes/Sí No

If Yes, who? Si contesta "Sí," ¿quién? _____

8. Have you – or has anyone in your household – applied for SSI or SSDI?
 ¿Alguna vez usted o alguien de la unidad familiar solicitó beneficios de SSI o SSDI?..... Yes/Sí No

If Yes, who applied and when?
 Si contesta "Sí," quién los solicitó y cuando? _____

9. Do you – or does anyone in your household – have unpaid health care bills from the last three months?
 ¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar cuentas médicas sin pagar de los últimos tres meses? Yes/Sí No

If Yes, which months?
 Si contesta "Sí," ¿Cuáles meses? _____

10. Do you – or does anyone in your household – have health care coverage (Medicare, health insurance, V. A., Tricare, etc.)?
 ¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar la cobertura médica (Medicare, seguro médico, V. A., Tricare, etc.)? Yes/Sí No

If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿quién? _____

11. How much money do you have? For example, on your person, in your home, in bank accounts, or other locations?
 ¿Cuánto dinero tiene usted; por ejemplo, en el bolsillo, en la casa, en las cuentas bancarias, o en otros lugares? \$

12. How many cars, trucks, or other vehicles do you – and anyone in your household – have? List the year, make, and model in the chart below./¿Cuántos carros, camionetas u otros vehículos tienen usted y las personas de la unidad familiar? Anote el año, la marca, y el modelo en la tabla a continuación.

	Year/Año	Make and Model/Marca y Modelo
1.		
2.		

	Year/Año	Make and Model/Marca y Modelo
3.		
4.		

13. Do you – or does anyone in your household – own or pay for a home, lot, land, or other things?
 ¿Tiene o paga usted o alguien de la unidad familiar una casa, un lote, un terreno, u otros bienes? Yes/Sí No

14. Did you – or did anyone in your household – sell, trade, or give away any cash or property during the last three months?
 Durante los últimos tres meses, ¿traspasó, vendió o regaló usted o alguien de la unidad familiar dinero o alguna propiedad? Yes/Sí No

15. Have you – or has anyone in your household – worked in the last three months?
 ¿Ha trabajado usted o alguien de la unidad familiar en los últimos tres meses?..... Yes/Sí No

If Yes, who? Si contesta "Sí," ¿quien? _____

16. List all of your household's income below. Be sure to include the following: Government checks; money from training or 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./Haga una lista de los ingresos de la unidad familiar a continuación. Asegúrese de anotar: Cheques del gobierno; ingresos de trabajo o de capacitación; dinero que recibe de cobros de cuarto y comida; regalos en efectivo, préstamos, o aportaciones de sus padres, familiares, amigos, y otras personas; los ingresos del patrocinador; becas o préstamos de la escuela; o 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 del patrón, la persona o la agencia que paga el dinero	Amount received Cantidad recibida	How often received? (daily, weekly, every two weeks, twice a month, monthly?) ¿Con qué frecuencia lo recibe? (¿diariamente, por semana, cada quincena, dos veces al mes, una vez al mes?)

The statements 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 and the county any information necessary to prove statements about my eligibility.

I agree to report any of the following changes within 14 days:

- Income
- Resources
- Number of people who live with me
- Address
- Application for or receipt of SSI, TANF, or Medicaid

I have been told and understand that this application will be considered without regard to race, color, religion, creed, national origin, age, sex, disability, or political belief; that I may request a review of the decision made on my application or re-certification for assistance; and that I may request, orally or in writing, a fair hearing about actions affecting receipt or termination of health care assistance.

I understand that by signing this application, I am giving the county the right to recover the cost of health care services provided by the county from any third party. I agree to give the county any information it needs to identify and locate all other sources of payment for health care services.

I have been told and understand that my failure to meet the obligations set forth may be considered intentional withholding of information and can result in the recovery of any loss by repayment or by filing civil or criminal charges against me.

A mi leal saber y entender, las declaraciones que he hecho, y mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas.

Me comprometo a dar al personal que verifica la elegibilidad y al condado toda la información necesaria para comprobar mis declaraciones sobre la elegibilidad.

Me comprometo a avisar, dentro de los 14 días, de cualquier cambio de:

- Ingresos
- Recursos
- Número de personas que viven conmigo
- Dirección
- Solicitud de SSI, TANF, o Medicaid o la entrega de cualquiera de estas.

Me han dicho y comprendo que esta solicitud será considerada sin discriminación por raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, ni afiliación política; que puedo pedir una revisión de la decisión que se haga acerca de mi solicitud de asistencia o recertificación para asistencia; y que puedo pedir, oralmente o por escrito, una audiencia imparcial sobre cualquier acción que afecte la entrega o la terminación de asistencia de atención médica.

Comprendo que al firmar esta solicitud, doy al condado el derecho a recuperar de cualquier tercero el costo de los servicios médicos proporcionados por el condado. Me comprometo a dar al condado la información necesaria para identificar y localizar cualquier otro fuente de pagos por mis servicios médicos.

Me han dicho y comprendo que si dejo de cumplir con las obligaciones especificadas en ésta podría considerarse como una retención intencional de información y podría dar lugar a la recuperación de pérdidas por medio de la devolución de pagos o por medio de la presentación de cargos criminales en mi contra.

**BEFORE YOU SIGN, BE SURE EACH ANSWER IS COMPLETE AND CORRECT.
ANTES DE FIRMAR, ASEGÚRESE DE QUE CADA RESPUESTA SEA COMPLETA Y CORRECTA.**

Signature - Applicant / Firma - Solicitante

Date / Fecha

Signature - Spouse / Firma - Esposo o Esposa

Date / Fecha

If the applicant is married and his/her spouse is a household member, the spouse may also sign and date this Form 100 even if the spouse is a disqualified household member. Si el/la solicitante está casado/a y su esposo o esposa vive en la misma casa, el cónyuge también puede firmar que su esposo o esposa también firme esta Forma 100, aunque no tenga derecho de recibir asistencia.

Signature - Person Who Helped Complete This Application / Date
Firma - Persona que ayudó a llenar esta solicitud / Fecha

Signature - Applicant's Representative / Date
Firma - Representante del solicitante / Fecha

Signature - Witness (if signed with "X") / Date
Firma - Testigo (si firma con "X") / Fecha

Address (Street, City, State, ZIP) and telephone number of anyone who helped complete this Form 100/Dirección (Calle, Ciudad, Estado, ZIP) y teléfono de la persona que ayudó a llenar esta Forma 100



APPLICATION FOR HEALTH CARE ASSISTANCE

The County Indigent Health Care Program (CIHCP) helps people pay for needed health care. Whether you can get this help depends on your income, what you own, where you live, other help you receive or could receive, and other items. Be sure to:

- 1.) Complete your name and address;
- 2.) Sign and date Page 3 of 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

You may be asked to bring proof of what you write on your application or what you tell the person interviewing you. If you need help getting proof, the person interviewing you will help. 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

Possible Proof: Mail that you received at your address; school records; voting records; property tax, rent or mortgage receipts; Texas driver's license; other official identification.

What You Own and What It Is Worth

Possible Proof: Property tax appraisals, estimates from car dealers, ads selling similar items, statements from real estate agents, bank statements.

Your Income

Possible Proof: Pay check stubs, pay checks, W-2 tax forms or income tax returns, sales records, statements from employers, award letters, legal documents, statements from persons giving you money.

Other Health Care Coverage

Possible Proof: Award or claim letters, insurance policies, court documents, 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 paid by the county for yourself and members of your household. By signing and submitting this application, you are agreeing to give the county the right to recover the cost of health care services provided by the county from any third party.

You may be asked to apply for Medicaid, Temporary Assistance for Needy Families (TANF), or Supplemental Security Income (SSI) benefits. If you are asked to apply for one of these programs or have applied but are waiting for an answer, your CIHCP application may be pended until you are determined ineligible for the other program. If you are not eligible for these other programs, if you have answered all the questions on the application, and if you have given all the proof asked for, your application can be processed. Then, the CIHCP must determine if you are eligible within 14 days.

After turning in your application, you must report within 14 days any changes in your address, income, resources, people living with you, or application for or receipt of Medicaid, TANF, or SSI.

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA

El Programa de Atención Médica para Indigentes del Condado (CIHCP) ayuda a la gente a pagar los servicios médicos que necesita. La elegibilidad para esta ayuda depende de los ingresos del solicitante, sus posesiones, el lugar donde vive, otra ayuda que recibe o que podría recibir, y otras consideraciones. Asegúrese de:

- 1.) Poner su nombre y dirección;
- 2.) Firmar y fechar la tercera página de la solicitud; y
- 3.) Contestar tantas preguntas que pueda sobre esta solicitud.

Entregue su solicitud, o échela al correo, hoy mismo aun si no ha podido contestar todas las preguntas.

SUS RESPONSABILIDADES

Puede que le pidan pruebas de lo que escriba en su solicitud o de lo que diga en su entrevista. Si necesita ayuda para obtener las pruebas, la persona que le haga la entrevista le puede ayudar. Estos son algunos ejemplos de información que puede que tenga que probar y de documentos que le puede servir de prueba:

El Lugar Donde Vive O Donde Tiene Su Hogar Permanente

Posibles Pruebas: Correo que recibió en esa dirección; expedientes de de la escuela; registros de votante; recibos de impuestos, renta o hipoteca; la licencia para manejar de Tejas; otra identificación oficial.

Las Posesiones Que Tiene Y Cuanto Vale Cada Una

Posibles Pruebas: El avalúo para impuestos sobre la propiedad, avalúos hechos por vendedores de carros, anuncios de la venta de artículos parecidos, declaraciones de agentes que venden propiedades, estado de cuentas del banco.

Los Ingresos Que Tiene

Posibles Pruebas: Talones del cheque de paga, cheque de paga, comprobante de salarios e impuestos (Forma W-2), declaración de impuesto federal, el historial de ventas, declaraciones de empleadores, carta de concesión, documentos legales, declaraciones de personas que le dan dinero.

Otra Cobertura Para Gastos Médicos

Posibles Pruebas: Cartas de reclamación o de concesión, pólizas de seguros, papeles de la corte u otros documentos legales.

Si tiene a su disposición los números de seguro social, debe darlos. La información sobre el sexo (Hombre/Mujer) es voluntaria. Esta información no afectará su elegibilidad.

Debe dar información sobre seguros médicos y de cualquier tercero que tenga la responsabilidad de pagar los servicios médicos pagados por el condado en beneficio de usted y miembros de la unidad familiar. Al firmar y presentar esta solicitud, usted se compromete a darle al condado el derecho de recuperar el costo de servicios de un tercero.

Pueden pedirle que solicite Medicaid, Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF), o Seguridad de Ingreso Suplemental (SSI). Si le han pedido que solicite beneficios de alguno de estos programas o si usted ya los solicitó y está esperando la respuesta, su solicitud de CIHCP puede ser detenida hasta que decidan que no es elegible para los programas mencionados. Si no es elegible para estos programas, si ha contestado todas las preguntas de la solicitud, y si ha dado todos los comprobantes que piden, ya pueden procesar su solicitud. Entonces, el CIHCP tiene un plazo de 14 días para determinar su elegibilidad.

Después de entregar su solicitud, usted debe reportar dentro de un plazo de 14 días cualquier cambio de dirección, ingreso, recursos, el número de personas que viven con usted, o si solicita o recibe Medicaid, TANF, o SSI.

**PRESIDIO-BREWSTER COUNTY INDIGENT HEALTHCARE PROGRAM
CONSENT TO OBTAIN AND RELEASE INFORMATION
CONSENTIMIENTO PARA OBTENER Y PARA LANZAR LA INFORMACIÓN**

Applicant Name/Nombre de Apicante: _____ SSN: _____

Spouse Name/Nombre de Esposo/Esposa: _____ SSN: _____

I am a member of a household applying for healthcare assistance from the Presidio-Brewster County Indigent Healthcare Program. I understand that in order to determine this household's eligibility or continued eligibility, it is necessary for the Presidio-Brewster County Indigent Healthcare Program to verify all earnings and other information.

Yo soy un miembro de la casa aplicando por asistencia de La Programa de Indigente del Condado de Presidio-Brewster. Yo entiendo que para que puedan determinar casa califica para la programa o ayuda continuada, es necesario que La Programa de Indigente del Condado de Presidio-Brewster verifique ingresos y otra información.

I authorize the Indigent Healthcare Program to run a credit history and personal data search report for the purpose of making a preliminary determination of whether I meet the eligibility requirements for the Indigent Healthcare Program. I also understand that any approval will be conditional based on the information reviewed in my report.

Yo autorizo a la Programa de Indigente del Condado de Presidio-Brewster que verifiquen reports de crédito, y información personal para propósito de hacer una determinación de mi elegibilidad para La Programa de Indigente del Condado Presidio-Brewster. Entiendo que cualquier elegibilidad será condicional basado en la información revisada en mi reporte.

I authorize any relative, lawyer, employer, landlord, banker, postal savings official, insurance company, fraternal order, government agency, Texas Department of Health and Human Services, Social Security Administration, charitable organization, or other person or entity having information about me or my circumstances to furnish such information to a representative of the Presidio-Brewster County Indigent Healthcare Program for the purpose of making a determination of whether I meet the eligibility requirements for the Indigent Healthcare program.

Yo autorizo familiares, abogados, patrones, propietarios, banqueros, oficiales de ahorros postales, compañías de aseguransa. Orden fraternal, agencia de gobierno, el Departamento de Salud de Tejas, Administración de Seguro Social, organización de Caridad, o otra persona o entidad que tenga información de mí o mi circunstancia que den información a un representante de La Programa de Indigente del Condado de Presidio-Brewster para que hagan una determinación en mi caso de elegibilidad para la programa.

I agree to sign a written authorization permitting my physician(s) and other healthcare providers and healthcare entities to release my health information to the Presidio-Brewster County Indigent Healthcare for the purpose of making a determination of whether I meet the eligibility requirements for the Indigent Healthcare Program.

Yo voy a firmar una autorización escrita dando permiso a mí(s) doctor(es) medico(s) y otros abastecedores de cuidado medico u entides que den información a La Programa de Indigente del Condado de Presidio-Brewster para que puedan hacer una determinación en mi caso de elegibilidad para la programa.

I authorize the Presidio-Brewster County Indigent Healthcare department to release information in my application to the persons and entities names above for the purpose of verifying all earnings and other information and to make a determination of my eligibility for the Indigent Healthcare Program.

Yo autorizo que el departamento de La Programa de Indigente del Condado De Presidio-Brewster de información de mi aplicación de mi aplicación a las personas o enlistadas para el propósito de verificar todos ingresos y otra información y hacer una determinación en mi caso sobre elegibilidad para la programa.

I understand that anyone who knowingly lies or misrepresents the truth or arranges for someone to knowingly lie or misrepresent the truth in the completion of this application and determination of eligibility is committing a crime, which can be punished under Federal Law, State Law or both.

Yo entiendo que cualquier persona que con conocimiento miente o falsifica información o consigue a alguien que lo haga en el proceso de completar esta aplicación a en el proceso de elegibilidad esta cometiendo un crimen, que puede ser castigada bajo Ley Federal, Ley de Estado, o los dos.

Signature of Applicant/Firma de Apicante

Date/Fecha

Signature of Applicant's Spouse/Firma de Esposo/Esposa

Date/Fecha

Witness: Signature of Counselor/Testigo:Firma de Consejero

Date/Fecha

**PRESIDIO-BREWSTER COUNTY INDIGENT HEALTHCARE PROGRAM
ELIGIBILITY OFFICE AND PHYSICIAN'S CLINIC
CLINICA DEL MEDICO**

**BEHAVIORIAL GUIDELINES
PAUTAS DE COMPORTAMIENTO**

- ALL applicant's and qualified clients are required to comply with all State and County policies and guidelines to receive services through the Presidio-Brewster County Indigent Healthcare Program.
- *Todos los solicitantes y clientes calificados deben cumplir con todas las polizas y pautas estatales del condado para recibir servicios a traves del Programa de Cuidado de Salud Indigente del Condado de Presidio-Brewster*
- ALL applicants and qualified clients are required to comply with behavioral guidelines established by the State of Texas and apply to your Primary Care Physicians office and any specialist's offices they are referred to.
- *Todos los solicitantes y clientes calificados estan obligados a cumplir con las pautas de comportamiento establecidas por el Estado de Texas y aplicar a su oficina de Primary Care Physicians y a las oficinas de cualquier especialista a los que se les hace referencia.*
- ALL applicants and qualified clients who are rude and display disruptive or abusive languages and behavior will not be seen. Our personnel will be protected from dangerous situations; physical or combative confrontations are grounds for immediate termination from the Indigent Healthcare Program.
- *No se veran a los solicitantes y clientes calificados que sean groseros y muestren lenguajes y comportamientos disruptivos o abusivos. Nuestra voluntad personal estara protegida de situaciones peligrosas; las confrontaciones fisicas o combativas son motive para la terminacion inmediata del Programa de Atencion Medica Indigente.*
- ALL qualified clients are expected to comply with the medical regime proposed by the assigned Primary Care Physician's office or by the Specialist Office of whom they were referred. Referred additional testing, such as lab, radiology procedures or other specialist referrals, should be completed within one week of their last primary care physician's visit. We cannot properly treat without testing results. Qualified clients will be terminated from the program for repeated non-compliance.
- *Se espera que todos los clientes calificados cumplan con el regimen medico propuesto por la Oficina del Medico de Atencion Primaria asignada o por la Oficina de Especialistas de quien fueron referidos. Las pruebas adicionales referidas, como el alboratorio, los procedimientos de radiologia u otras dervivaciones especializadas, deben completarse una semana despues de la visita de su medico de atencion primaria. No Podemos tartar adecuadamente sin los resultados de las pruebas. Los clients calificados seran despedidos del programa por incumplimiento repetido.*
- No qualified clients shall receive any medications without periodic primary care physician evaluation (six months evaluation).
- *Ningun cliente calificado recibira ningun medicamento sin evaluacion periodica del medico de atencion primaria (evaluacion de sies meses).*
- Clients will be terminated from the Indigent Healthcare Program for illicit drug usage and continued alcohol abuse, if not currently and actively participating in a supervised rehab program.
- *Los clients seran despedidos del Programa de Cuidado de salud de Indigent por el uso ilicito de Drogas y el abuso continuo de alcohol, si no participant actualmente y activamente en un programa de rehabilitacion supervisado.*
- ALL qualified clients are expected to give all Physicians, Primary Care or Specialists, at least 24 hours advance notice to cancellation of an appointment, if the client is unable to keep the appointment. The client will be terminated from the Indigent Healthcare Program for repeated failure to keep scheduled appointments.
- *Se espera que todos los clients calificados notifiquen a todos los medicos, atencion primaria o especialistas con lo menos 24 horas de anticipacion a la cancelacion de una cita, si el cliente no puede cumplir la cita. El cliente sera despedido del Programa de Atencion Medica de Indigent por fallas repetidas en al realizacion de citas programadas.*

**I HAVE READ AND UNDERSTAND ALL OF THE ABOVE GUIDELINES:
HE LEIDO Y ENTIENDO TODAS LAS PAUTAS ANTERIORES:**

Applicant's Signature/Firme de Solicitante

Date/Fecha

Printed Name of Applicant/Nombre en molde del Solicitante

PRESIDIO-BREWSTER COUNTY INDIGENT HEALTHCARE PROGRAM SUPPLEMENTAL APPLICATION INFORMATION

1. Briefly explain your current illness:
Brevemente explique sus necesidades sobre su enfermedad:

2. Have you applied for Social Security Benefits? YES NO
Ha aplicado por beneficios de Seguro Social? If Yes, When? _____

3. Do you have a bank account? YES NO
Tiene una cuenta en el banco?

4. What is your marital status? COMMON LAW DIVORCED MARRIED
Cual es su estado civil? WIDOW/WIDOWER SINGLE SEPERATED

5. Do you pay child care/handicapped adult care costs? YES NO
Usted paga por el cuidado de ninos o cuiadado de una persona incapacitada?

If yes, please list each dependent:

NAME/NOMBRE	AGE/EDAD	MONTHLY AMOUNT PAID/CANTIDAD POR MES

Printed Name of Applicant/Nombre Imprecado de Apicante

Signature of Applicant/Firma de Apicante

Date/Fecha



Fraud Policy/Poliza de Fraude

I, _____ attest that the statements I have made in my application and interviews, including my answers to all questions, are true and correct to the best of my knowledge and belief.

Yo, _____ atestigo de que las declaraciones que hice en mi solicitud y entrevista, incluyendo mis respuestas a todas las preguntas, son ciertas y correctas al mayor de mi conocimiento y creencia.

I agree to give staff and the Big Bend Regional Hospital District any information necessary to prove statements about my eligibility.

Accepto dar informacion al personal de elegibilidad y al Big Bend Regional Hospital District cualquier informacion necesaria para probar declaraciones sobre mi elegibilidad.

I agree to report any of the following changes within 14 days:

Estoy de acuerdo en reportar cualquiera de los siguientes cambios:

-Address/Direccion

-Household Members/Los miembros del hogar

-Property/Propiedades

-Income/Ingresos

-Application for/or receipt of SSI, TANF, or Medicaid/Solicitud de SSI, TANF o Medicaid

-I have been told and understand that my failure to meet the obligations set forth may be considered intentional withholding of information and can result in the recovery of any loss by repayment or by filing civil criminal charges against me.

-He sido informado/a y entiendo que al no cumplir con las obligaciones establecidas sera considerado retencion de informacion intencional y puede resultar en la recuperacion de cualquier perdida mediante pago o presentando cargos civiles y penales contra mi.

(If a change occurs that makes you ineligible and you fail to report the change as required, you may be held responsible for payment of any health care services you receive after you become ineligible and/or you may be subject to prosecution under the Texas Penal Code.)

(Si ocurre un cambio que lo haga ineligible y usted no reporta el cambio como es requerido, usted puede ser considerado/a responsable de cualquier atencion medica resivida despues de ser ineligible y puede ser sujeto/a a procesamiento bajo elCodigo Penal de Texas)

Applicant Signature/Firma de Solicitante

Date/Fecha

Caseworker/Firma de Asistente Social

Date/Fecha



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Desarrollada para el Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.154(d)
En efecto junio de 2013

Por favor lea todo este formulario antes de firmarlo y llene todas las secciones que aplican a sus decisiones relacionadas a la divulgación de información médica protegida. Entidades cubiertas según es definido el término por HIPAA y el Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.001 deben obtener una autorización firmada de la persona o su representante autorizado para divulgar electrónicamente la información médica protegida de dicha persona. La autorización no es requerida para divulgaciones relacionadas a tratamientos, pagos, operaciones de cuidado médico, la realización de ciertas funciones de seguro o según sea autorizado por la ley. Las entidades cubiertas pueden utilizar este formulario o cualquier otro formulario conforme a HIPAA, la Ley de Texas de Privacidad Médica y otras leyes aplicables. No se les puede negar tratamiento a personas en base al hecho de que no han firmado este formulario de autorización, y rehusar firmar este formulario no afectará el pago, inscripción o elegibilidad para beneficios.

NOMBRE DEL PACIENTE O DE LA PERSONA

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

OTRO NOMBRE(S) QUE USA _____

FECHA DE NACIMIENTO Mes _____ Día _____ Año _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO (____) _____ TEL. ALTERNO (____) _____

E-MAIL/CORREO ELECTRÓNICO (Opcional): _____

AUTORIZO A LOS SIGUIENTES LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PERSONAL MÉDICA PROTEGIDA:

Persona/Organización Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Tel. (____) _____ Fax (____) _____

¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA?

Persona/Organización Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Tel. (____) _____ Fax (____) _____

¿CUÁL INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA?

Para llenar la siguiente sección, indique cuáles artículos desea que sean divulgados. La firma de un paciente que es menor de edad se requiere para divulgar algunos de estos artículos. Si toda la información médica debe ser divulgada, marque solo la primera casilla.

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Toda información médica | <input type="checkbox"/> Antecedentes/Examen Físico | <input type="checkbox"/> Medicamentos anteriores/actuales | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Órdenes del Doctor | <input type="checkbox"/> Alergias del paciente | <input type="checkbox"/> Reportes de operaciones | <input type="checkbox"/> Reportes de consultas |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Resumen del alta médica | <input type="checkbox"/> Reportes de Pruebas Diagnósticas | <input type="checkbox"/> Reportes de ECG/Cardiología |
| <input type="checkbox"/> Reportes de patología | <input type="checkbox"/> Información de facturas | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología e Imágenes | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Se requieren sus iniciales para divulgar la siguiente información:

_____ Expedientes de Salud Mental (excluyendo notas de psicoterapia)

_____ Expediente de Abuso de Drogas, Alcohol o Sustancias

_____ Información Genética (Incluyendo Resultados de Prueba Genética)

_____ Resultados de Prueba/Tratamiento de VIH/SIDA

LAPSO DE TIEMPO EFECTIVO Esta autorización es válida hasta lo que ocurra primero: la muerte de la persona; la persona cumple mayoría de edad; o se retira el permiso; o en la siguiente fecha específica (opcional): Mes _____ Día _____ Año _____

DERECHO DE ANULAR: Comprendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento presentando un aviso escrito declarando mi intención de anular esta autorización a la persona u organización nombrada bajo "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA". Comprendo que acciones hechas anteriormente en base a esta autorización por entidades que tenían permiso de acceder a mi información médica no serán afectadas.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN: He leído este formulario y estoy de acuerdo con el uso y divulgación de la información según es descrita. Comprendo que rehusar firmar este formulario no detiene la divulgación de información médica que ha ocurrido antes de la anulación o que es permitida por ley sin mi autorización específica o permiso, incluyendo divulgaciones a entidades cubiertas según las disposiciones del Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.154(c) y/o 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Comprendo que la información divulgada en conformidad a esta autorización podría quedar sujeta a ser divulgada nuevamente por el destinatario y podría ya no ser protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

FIRMA X _____

Firma de la Persona o del Representante Legalmente Autorizado de la Persona

FECHA

Nombre Impreso del Representante Legalmente Autorizado (si aplica): _____

Si es el representante, favor de precisar su relación con la persona: Padre del menor de edad Tutor Otro _____

Se requiere la firma de un menor de edad para la divulgación de ciertos tipos de información, incluyendo por ejemplo, la divulgación de información relacionada a ciertos tipos de cuidado reproductivo, enfermedades transmitidas sexualmente, y abuso de drogas, alcohol o sustancias, y tratamiento mental (Vea, p.ej. Código Fam. de Texas § 32.003).

FIRMA X _____

Firma del Menor de Edad

FECHA

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Desarrollada para el Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.154(d)
En efecto junio de 2013

El Procurador General de Texas ha adoptado una Autorización para Divulgar Información Médica Protegida estándar de acuerdo al Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.154(d). La intención del uso de este formulario es para cumplir con los requisitos de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y la Ley de Privacidad Médica de Texas (Código de Texas de Salud y Seguridad, Capítulo 181). **Las entidades cubiertas pueden utilizar este formulario o cualquier formulario conforme a HIPAA, la Ley de Texas de Privacidad Médica y otras leyes aplicables.**

Entidades cubiertas según es definido el término por HIPAA y el Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.001, deben obtener una autorización firmada de la persona o su representante autorizado para divulgar electrónicamente la información médica protegida de dicha persona. La autorización no es requerida para divulgaciones relacionadas a tratamientos, pagos, operaciones de cuidado médico, la realización de ciertas funciones de seguro o según sea autorizado por la ley. (Código de Tex. De Salud y Seguridad §§ 181.154(b),(c), § 241.153; 45C.F.R. §§ 164.502(a)(1); 164.506, y 164.508).

La autorización proporcionada al usar el formulario significa que la organización, entidad o persona autorizada puede divulgar, comunicar o enviar la información médica protegida de la persona nombrada a la organización, entidad o persona identificada en el formulario, inclusive usando cualquier método electrónico.

Definiciones - En el formulario, el término "tratamiento", "operaciones de cuidado médico", "notas de psicoterapia", e "información médica protegida" son tal como hayan sido definidas en HIPAA (45 CFR 164.501). "Representante legalmente autorizado" como se usa en el formulario incluye a cualquier persona autorizada para actuar en nombre de otra persona. (Código Laboral de Tex. § 151.002(6); Código de Texas de Salud y Seguridad §§ 166.164, 241.151; y Código de Texas de Sucesiones § 3(aa)).

Información Médica a ser Divulgada - Si "Toda Información Médica" es seleccionada para ser divulgada, la información médica incluye, pero no se limita a, todos los expedientes y otra información con respecto a antecedentes médicos, tratamiento, hospitalización, pruebas, y tratamiento ambulatorio, y también expedientes educacionales que pueden contener información médica. Tal como es indicado en el formulario, se requiere autorización específica para divulgar información sobre ciertas condiciones delicadas, inclusive:

- Expedientes de salud mental (excluyendo "notas de psicoterapia" según es definido por HIPAA en 45 CFR 164.501).
- Expedientes de Abuso de Drogas, Alcohol o Sustancias.
- Expedientes o pruebas relacionadas al VIH/SIDA.
- Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas) (salvo si pueden ser prohibidas por 45 C.F.R. § 164.502).

Aviso de Divulgación de Archivos Médicos - No se requiere este formulario para la divulgación permitida de información médica personal protegida a la persona o al representante legal autorizado de la persona. (45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1)(i), 164.524; Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.102). Si con este formulario se está solicitando una copia del expediente médico de la persona, la ley estatal y federal permite tal acceso, salvo si tal acceso se determina es perjudicial para la salud física, mental o emocional de la persona por un doctor o proveedor de salud mental. (Código de Texas de Salud y Seguridad §§ 181.102, 611.0045(b); Código Laboral de Texas § 159.006(a); 45C.F.R. § 164.502(a)(1)). Si un proveedor de atención médica es nombrado específicamente en la sección "Quién Puede Recibir y Usar la Información Médica" de este formulario, entonces el permiso para recibir información médica protegida también incluye a doctores, otros proveedores de atención médica (tal como enfermeras y personal médico) involucrados en el tratamiento médico de la persona en la instalación de la entidad o en la oficina de dicha persona, y proveedores de atención médica que están cubriendo o disponibles para la persona u organización especificada, y personal o agentes (tal como socios u organizaciones de servicio) que realizan actividades y objetivos permitidos por ley para la entidad cubierta o persona especificada. Si se especifica a una entidad cubierta que no sea proveedor de atención médica, el permiso para recibir información médica protegida también incluye al personal de dicha entidad o agentes y subcontratistas que realizan actividades y objetivos permitidos por este formulario para esa entidad. Una persona puede tener derecho a limitar ciertas divulgaciones de información médica protegida relacionada a servicios pagados enteramente por la persona (45 C.F.R. § 164.522(a)(1)(vi)).

Autorizaciones para Propósitos de Ventas o Mercadeo - Si esta autorización se está haciendo con propósitos de ventas o mercadeo y la entidad cubierta recibe remuneración directa o indirecta de terceros en conexión con el uso o divulgación de la información de la persona para mercadeo, la autorización debe claramente indicar a la persona que tal remuneración existe. (Código de Texas de Salud y Seguridad §181.152, 153; 45 C.F.R. § 164.508(a)(3), (4)).

Limitaciones de este formulario - Este formulario de autorización no será utilizado para divulgar cualquier información médica en lo que se refiere a: (1) inscripción en plan de beneficios médicos y/o decisiones de inscripción relacionadas (45 C.F.R. § 164.508(b)(4) (ii), .508(c)(2)(ii)); (2) notas de psicoterapia (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(ii)); o para propósitos de investigaciones (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(i)). **El uso de este formulario no libera de responsabilidad a una entidad de cumplir con las leyes federales o estatales que aplican o reglamentos con respecto a acceder, usar o divulgar información médica u otra información personal confidencial (p.ej., 42 CFR Parte 2, limitando el uso de información relacionada al abuso y tratamiento de drogas/alcohol), y no da derecho a una entidad o sus empleados, agentes o asignados a cualquier limitación de responsabilidad por actos u omisiones en relación al acceso, uso o divulgación de la información médica obtenida por medio del uso de este formulario.**

Costos - Algunas entidades cubiertas podrían cobrar una cuota de recuperación/trámite y por copias de expedientes médicos. (Código de Texas de Salud y Seguridad § 241.154).

Derecho a Recibir Copia - La persona y/o su representante legalmente autorizado tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Instrucciones para utilizar este formulario

Complete este formulario solo si desea que brindemos información o registros acerca de usted, un menor o un adulto legalmente incompetente a una persona o a un grupo (por ejemplo, un médico o una compañía de seguros). Si usted es el padre biológico o adoptivo o un tutor legal, que actúa en nombre de un menor, puede completar este formulario para divulgar solo los registros no médicos del menor. Podemos cobrar una tarifa por brindar información no relacionada con la administración de un programa conforme a la Ley de Seguridad Social.

NOTA: No utilice este formulario para:

- Solicitar la divulgación de registros médicos en nombre de un menor. En su lugar, visite su oficina de Seguridad Social local o comuníquese a nuestro número gratuito, 1-800-772-1213 (TTY-1-800-325-0778), o
- Solicitar información detallada acerca de sus ingresos o su historial laboral. En su lugar, complete y envíe el formulario SSA-7050-F4 por correo. Puede obtener el formulario SSA-7050-F4 en su oficina de Seguridad Social local o en línea en www.ssa.gov/online/ssa-7050.pdf.

Cómo completar este formulario

No aceptaremos este formulario a menos que tenga todo los campos obligatorios completos. Los campos obligatorios se indican con un asterisco (*). Además, no aceptaremos solicitudes generales para "todos los registros" o el "archivo completo". Debe especificar la información que solicita y debe firmar y fechar este formulario. Podemos cobrar una tarifa por divulgar información con otros fines no relacionados con el programa.

- Complete su nombre, fecha de nacimiento y número de seguridad social o el nombre, la fecha de nacimiento y el número de seguridad social de la persona a la cual pertenece la información solicitada.
- Complete el nombre y la dirección de la persona u organización donde desea que enviemos la información solicitada.
- Especifique el motivo por el cual desea que divulguemos la información.
- Marque la casilla junto a los tipos de información que desea que divulguemos, incluidos los rangos de fecha, donde corresponda.
- Usted, el padre o el tutor legal que actúen en nombre de un menor o un adulto legalmente incompetente deben firmar y fechar este formulario y proporcionar un número de teléfono al que se pueda llamar durante el día.
- Si usted no es la persona a la que pertenece la información solicitada, especifique su relación con dicha persona. Podemos solicitarle prueba de su relación.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

La Sección 205(a) de la Ley de Seguridad Social, y enmiendas, nos autoriza a recopilar la información solicitada en este formulario. Utilizaremos la información que provea para responder a su solicitud de acceso a los registros que mantenemos de usted o para procesar su solicitud de divulgación de sus registros a terceros. No es necesario que proporcione la información solicitada. Su respuesta es voluntaria; sin embargo, no podemos aceptar su solicitud de divulgar información o registros acerca de usted a otra persona u organización sin su consentimiento. Rara vez utilizamos la información provista en este formulario con otro fin que no sea responder a las solicitudes de información de registros de SSA. Sin embargo, la Ley de Privacidad (5 U.S.C. § 552a(b)) nos permite divulgar la información provista en este formulario de acuerdo con los usos habituales aprobados, que incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Permitir que una agencia o un tercero asista a Seguridad Social para establecer derechos a beneficios o cobertura de Seguridad Social.
2. Tomar decisiones relacionadas con la elegibilidad en programas de mantenimiento de los ingresos y de salud similares en el nivel Federal, Estatal y local.
3. Cumplir con las leyes Federales que requieren la divulgación de la información de nuestros registros.
4. Facilitar la investigación estadística, la auditoría o las actividades de investigación necesarias para garantizar la integridad de los programas de SSA.

Además, podemos utilizar la información proporcionada por usted para comparar registros por computadora. Los programas de conciliación por computadora comparan nuestros registros con aquellos de las agencias del gobierno Federal, Estatal o local. Utilizamos la información de estos programas de conciliación para establecer o verificar la elegibilidad de una persona para los programas de beneficios administrados o financiados por el Gobierno Federal y para el reembolso de pagos incorrectos o pagos en exceso conforme a estos programas. Hay disponible información adicional relacionada con este formulario, los usos habituales de la información y otros programas de Seguridad Social en nuestro sitio web de Internet, www.socialsecurity.gov, o en su oficina de Seguridad Social local.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, y enmiendas de la sección 2 de la Ley de Reducción de Trámites de 1995. No necesita responder estas preguntas a menos que se muestre un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto. Estimamos que le llevará 3 minutos leer las instrucciones, reunir los hechos y responder las preguntas. **ENVÍE O LLEVE EL FORMULARIO COMPLETO A SU OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL LOCAL. Puede encontrar su oficina de Seguridad Social local a través del sitio web de SSA en www.socialsecurity.gov. Las oficinas también se detallan en su directorio telefónico o puede llamar al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Puede enviar comentarios sobre nuestra estimación de tiempo anterior a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. Envíe solo comentarios relacionados con nuestra estimación de tiempo a esta dirección, no el formulario completo.**

Debe completar todos los campos obligatorios. No aceptaremos su solicitud a menos que tenga todo los campos obligatorios completos. (*significa que es un campo obligatorio).

PARA: Administración de seguridad social

*Mi nombre completo

*Mi fecha de nacimiento
(DD/MM/AAAA)

*Mi número de Seguridad Social

Autorizo a la Administración de Seguridad Social a divulgar información o registros sobre mí a:

*NOMBRE DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN:

*DIRECCIÓN DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN:

*Deseo que se divulgue esta información porque:

Podemos cobrar una tarifa por divulgar información con otros fines no relacionados con el programa.

*Divulgue la siguiente información seleccionada de la lista a continuación:

Debe marcar al menos una casilla para especificar los registros que solicita. No aceptaremos solicitudes para "todos los registros" o "mi archivo completo". Además, no divulgaremos registros a menos que incluya los rangos de fecha aplicables cuando se soliciten

1. Número de Seguridad Social
2. Monto del beneficio de Seguridad Social mensual actual
3. Monto del pago de Seguridad de Ingreso Complementario mensual actual
4. Mis montos de beneficios o pagos desde _____ hasta _____
5. Mi cobertura de Medicare desde _____ hasta _____
6. Registros médicos de mi carpeta de reclamos desde _____ hasta _____
Si desea que divulguemos registros médicos de un menor, no utilice este formulario. En su lugar, comuníquese con su oficina de Seguridad Social local.
7. Registros médicos completos de mi carpeta de reclamos
8. Otros registros de mi archivo (debe especificar los registros que solicita, por ejemplo, informes del médico, solicitudes, decisiones o cuestionarios)

Soy la persona a la que se aplica la información o el registro solicitado, o el padre o tutor legal de un menor, o el tutor legal de un adulto legalmente incompetente. Declaro bajo pena de perjurio (28 CFR § 16.41(d)(2004)) que he examinado toda la información en este formulario y las declaraciones o formularios que acompañan, y es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier persona que busque u obtenga, a sabiendas y premeditadamente, acceso a registros acerca de otra persona con falsos pretextos tendrá un castigo de hasta \$5000 de multa. Además, entiendo que debo pagar todas las tarifas aplicables por solicitar información para un fin no relacionado con el programa.

*Firma: _____ *Fecha: _____

*Dirección: _____

Relación (si no es el sujeto del registro): _____ *Teléfono durante el día: _____

El testigo debe firmar este formulario SOLO si la firma anterior es mediante una marca (X). Si firma mediante una marca (X), dos testigos de la firma que conozcan al abajo firmante deben firmar a continuación y proporcionar sus direcciones completas. Escriba el nombre del abajo firmante en letra de imprenta junto a la marca (X) en la línea de firma anterior.

1. Firma del testigo	2. Firma del testigo
Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal)	Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal)

Landlord Verification

PBCIHP
Presidio - Brewster County
Indigent Healthcare Program



DATE *

CASEWORKER
OFFICE ADDRESS AND TELEPHONE NO. WITH AREA CODE

NAME OF CLIENT	CASE NO.
ADDRESS (STREET, CITY, STATE AND ZIP CODE)	

The above named person reports renting the listed address from you as their primary residence. To correctly evaluate the household situation, the department needs your assistance.

Please complete the information requested on the back of this letter and return it no later than _____
Date

I hereby give my permission to release the information requested on this form.

Applicant Signature

Date

Landlord Verification

This form must be completed by the client's landlord or representative

1. Date tenant moved in?

2. How many people live in the house or apartment?.....

3. List the names of all the people who live in the house or apartment. List their employer, if known:

Name of Person	Working?		Employer
	Yes	No	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Questions about the rent payment:

AMOUNT OF RENT	TENENAT'S PORTION OF RENT	PERSON MAKING PAYMENT?
HOW OFTEN PAID?		
<input type="checkbox"/> WEEKLY <input type="checkbox"/> EVERY TWO WEEKS <input type="checkbox"/> TWICE A MONTH <input type="checkbox"/> MONTHLY		
METHOD OF PAYMENT?		
<input type="checkbox"/> CASH <input type="checkbox"/> CHECK <input type="checkbox"/> MONEY ORDER <input type="checkbox"/> OTHER (EXPLAIN): _____		
IS TENANT CURRENT IN PAYING THE RENT?		
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO – IF NO, WHEN WAS THE LAST MONTH RENT WAS PAID? _____		
WHAT IS THE TOTAL AMOUNT OF PAST DUE RENT? _____		

Notes from landlord:

Please provide the tenant's complete residential address?

STREET ADDRESS	APT. NO.	CITY	ZIP CODE
----------------	----------	------	----------

LANDLORD/REPRESENTATIVE NAME (PRINTED)	LANDLORD/REPRESENTATIVE SIGNATURE	DATE
LANDLORD/REPRESENTATIVE ADDRESS	TELEPHONE NO. WITH AREA CODE	

Alpine Office
105 W. Holland Avenue
P.O. Box 1019
Alpine, Texas 79831
(432) 837-7051
(432) 837-3261-Fax



Presidio Office
602 W. O'Reilly Street
P.O. Box 3044
Presidio, Texas 79845
(432) 229-2151
(432) 229-2161-Fax

Date/Fecha _____

I, _____, authorize _____
Applicant's Name Name of Bank or Credit Union
to forward the requested bank statements to **Big Bend Regional Hospital District**, for the
purpose of the Presidio-Brewster County Indigent Healthcare Program.

Yo, _____, autorizo _____
Nombre de Solicitantes Nombre de Banco o Cooperativa de Credito
para enviar los extractos bancarios solicitados a **Big Bend Regional Hospital District**, a los
fines del Programa de Indigent Heathcare del Condado de Presidio-Brewster.

Applicant's Signature/Firma de Solicitantes

Date/Fecha

Account Number/Numero de Cuenta

Alpine Office
105 W. Holland Avenue
P.O. Box 1019
Alpine, Texas 79831
(432) 837-7051
(432) 837-3261-Fax



Presidio Office
602 W. O'Reilly Street
P.O. Box 3044
Presidio, Texas 79845
(432) 229-2151
(432) 229-2161-Fax

Banks

Alpine Community Credit Union
432-837-5156

WesTex Community Credit Union
432-837-9839

West Texas National Bank
432-837-3375

Trans Pecos Banks
432-837-0094

Ft. Davis State Bank (Alpine)
432-837-1888

Marfa National Bank
432-729-4344

Ft. Davis State Bank (Presidio)
432-229-5000

1st Presidio Bank
432-229-5000

Property Tax Offices

Brewster County Tax Office
432-837-2214

Presidio County Tax Office
432-229-3963

Utilities

City of Alpine
432-837-0047

City of Presidio
432-229-3517

City of Marfa
432-729-4315

Additional

Big Bend Community Action Committee
(Alpine)
432-729-4908

Big Bend Community Action Committee
(Presidio)
432-299-0480

Texas Workforce Commission (Local)
432-837-9800

Neighborhood Center of Alpine
432-837-2142