

## Solicitud para el Programa Healthy Texas Women

El programa Healthy Texas Women ofrece servicios como exámenes médicos para la mujer, pruebas preventivas y control de la natalidad.



**Llene esta solicitud usted misma, es decir, la persona que solicita los servicios.**

Nombre *	Apellido *	Inicial	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social	<b>Agency Use Only/ Sólo para uso del departamento Date Received</b>
Dirección de su casa - Calle *		Ciudad *		Código postal	Condado

Escriba su dirección postal abajo si es diferente a la dirección de su casa. Si escribe una dirección postal, le enviaremos las cartas sobre su caso a esta dirección y no a la de su casa.

Dirección postal - Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Número de teléfono al que podemos llamar para hablar sobre su caso o beneficios. Código de área y número de teléfono		Número de licencia de manejar o de identificación:	¿A cuál grupo étnico pertenece? (No tiene que contestar.) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No Hispano	
Si no es hispana, ¿cuál es su raza? (No tiene que contestar.) <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> No se				
¿Es ciudadana de los Estados Unidos? .... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si contesta "Sí", dé pruebas)		¿Alguien en su casa recibe beneficios de WIC ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si contesta "Sí", dé pruebas)		
¿Es inmigrante legal? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si contesta "Sí", dé pruebas)		¿Está embarazada? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene seguro médico que cubre servicios de planificación familiar? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> <b>Si contesta "Sí"</b> : Si presentamos una reclamación de pago a su seguro médico, ¿le provocará daño físico, emocional o de otro tipo por parte de su esposo, sus padres u otra persona? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Si contesta "Sí"</b> : Díganos por qué le causaría daño si presentamos una reclamación de pago a su seguro médico. Si necesita más páginas, asegúrese de que cada página tenga su nombre y número de Seguro Social.				

**Díganos sobre todas las personas que viven en su casa.**

No vuelva a llenar los datos de la mujer que se menciona arriba. Use páginas adicionales si necesita más espacio.

Nombre(primer, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social*	Sexo*	Raza*	Relación con usted

**Díganos sobre el dinero que reciben en la casa (ingresos). Asegúrese de mencionar:** (1) el dinero que todos reciben por capacitación o trabajo; (2) el dinero en efectivo, regalos, préstamos o cualquier dinero de padres, familiares u otras personas; (3) la manutención de niños; y (4) los cheques de desempleo o del gobierno. Tiene que dar prueba del dinero que recibe cada persona.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre del empleador, la persona o la agencia que da o paga el dinero	¿Cada cuánto se da o paga el dinero? (cada semana, cada quincena, dos veces al mes o cada mes)	Cantidad pagada o recibida

**Díganos los gastos de todas las personas en la casa que pagan por:** (1) cuidado de niños y de adultos, pensión alimenticia, (2) manutención de niños ordenada por la corte, o (3) transporte de ida y vuelta de sus hijos al cuidado de niños. Tiene que dar prueba de estos gastos.

¿Cuánto paga?	¿Cada cuánto lo paga? (cada semana, cada quincena, dos veces al mes o cada mes)	Nombre, dirección y número de teléfono de la persona a la que le paga

**Si tiene 15, 16 o 17 años:** Uno de sus padres o su tutor **deben** hacer la solicitud en su nombre. Denos los datos de uno de sus padres, de los dos o de su tutor en este espacio; ellos podrán solicitar y renovar servicios en su nombre y manejar su cuenta de en su nombre.

Nombre(primer, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social*	Sexo*	Marque donde corresponda (elegir uno)
				<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor
				<input type="checkbox"/> Padre



**Con mi firma en el presente documento, estoy de acuerdo con lo siguiente y entiendo que:**

- La información que he dado en esta solicitud puede ser usada para determinar si yo, o la persona que está solicitando los servicios, puede ser parte del programa Healthy Texas Women. La información dada en esta forma será verificada por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas o por otras agencias estatales.
- La información que he dado en esta solicitud es verdadera y completa hasta donde yo sé. Si no lo es, sé que podría: (1) ser acusada de un delito (2) tener que pagar yo misma por los servicios.
- Esta solicitud no se usará para determinar si puedo recibir beneficios de Medicaid, pero yo puedo solicitar servicios de Medicaid en cualquier momento.

Firma de la persona que solicita los servicios  
(Si la persona tiene 15, 16 o 17 años, uno de sus padres o su tutor deben firmar aquí).

Fecha en  
que se firmó

Firma del testigo (debe aparecer si la  
solicitante firmó con una "X").

Fecha en  
que se firmó

**Registrarse para votar:**

Solicitar registrarse o declinar registrarse para votar no afectará el monto de la ayuda que usted recibirá de esta agencia.

**Si no se ha registrado para votar en donde vive, ¿le gustaría solicitar su registro para votar aquí, en este momento?**  Si  No

SI NO MARCA NINGUNO DE LOS CUADROS, SE CONSIDERARÁ QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Si necesita ayuda para llenar la solicitud de registro para votar, nosotros le ayudaremos. Usted decide si busca o acepta nuestra ayuda. Puede llenar la solicitud en privado. Si piensa que alguien ha obstaculizado su derecho a registrarse o a declinar registrarse para votar, o su derecho a escoger su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja por escrito a esta dirección: Elections Division, Secretary of State, P.O. Box 12887, Austin, TX 78711. O bien, puede llamar al teléfono: 1-800-252-8683.

**Solo para uso del departamento Voter Registration Status**

Already registered  Client declined  Agency transmitted  Client to mail  Mailed to client  Other

Agency staff signature: \_\_\_\_\_

**Información legal**

\* **Números de Seguro Social:** Tiene que darnos únicamente el número de Seguro Social (SSN) de la persona que está solicitando los servicios. Si no tiene un SSN, podemos ayudarle a que solicite uno. Para poder recibir servicios, debe darnos su SSN o solicitar que le den uno. No compartiremos su SSN con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (anteriormente conocida como INS). No tendrá que dar el SSN de nadie que esté viviendo en su casa y que no esté solicitando servicios. (42 U.S.C. §405(a)(2)(C)(i))

Usamos los números de SSN para verificar la cantidad de dinero que recibe (sus ingresos) y los ingresos de las personas que viven en su casa. Además, usamos estos números para verificar información sobre usted a través de otras agencias (como la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos y agencias de informes crediticios), y para recuperar servicios que usted no debería recibir. También podríamos compartir números de SSN con compañías de teléfono y de luz para ayudarlos a determinar si podrían reducir lo que usted paga por los servicios. También podríamos compartir números de SSN con otros grupos para ver si puede obtener otros servicios o beneficios con base en sus necesidades.

\* **Raza, origen étnico y sexo:** Le pedimos que nos diga su raza y origen étnico, así como su sexo (género), pero no es obligatorio darnos esa información. Lo mismo aplica para las personas que viven en su casa. Usamos esta información para asegurarnos de que los servicios se aprueben independientemente de la raza, el color o el origen étnico. El hecho de que usted nos dé o no esta información no afectará nuestra decisión de si usted puede recibir los servicios ni la cantidad de servicios o beneficios que usted reciba.

**Discriminación:** En conformidad con las leyes y regulaciones estatales, está prohibido que esta institución discrimine con base en la raza, el color, el país de procedencia, el sexo, la edad, discapacidad o religión. Si siente que ha sido discriminada, puede ponerse en contacto con Derechos Civiles de HHSC, escribiendo a esta dirección: HHSC, Director, HHSC Civil Rights Office, 701 W. 51st St., 104, MC W-206, Austin, TX 78751. O bien, puede llamar al 1-888-388-6332 (voz) o al 1-512-438-2960 (para personas con problemas auditivos).

**Tutor:** Un tutor es una persona designada por un juez para hacerse cargo de alguien menor de 18 años.

**Inmigración:** No tiene que darnos información sobre el estatus migratorio de alguien que viva en su casa y que no esté solicitando servicios. Usted puede solicitar y obtener servicios o beneficios para miembros de su familia que sean elegibles, aun si hay alguien viviendo en su casa que no es elegible debido a su estatus migratorio. Si usted o algún miembro de su familia es usuario de Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o los beneficios de alimentos de SNAP, esto no lo afectará a usted ni al estatus migratorio de los miembros de su familia, ni afectará su capacidad de obtener una tarjeta de residente o tarjeta verde. Si usted o algún miembro de su familia están usando atención institucional a largo plazo, como la de una casa de reposo, su estatus migratorio podría verse afectado. Hable con alguien en una agencia de ayuda para inmigrantes que pueda contestar preguntas legales antes de hacer su solicitud. Solamente los refugiados y las personas a quienes se les ha concedido asilo pueden usar todos los servicios o beneficios, entre ellos ayuda en efectivo, sin poner en riesgo sus probabilidades de obtener una tarjeta de residente o la ciudadanía de los EE.UU.

**Documentos que puede enviar como comprobantes:**

**Inmigración:** Envíe copias de alguno de los siguientes documentos para comprobar su estatus migratorio: (1) tarjeta de registro como extranjero (2) un documento de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (conocida anteriormente como INS).

**Ciudadanía:** Envíe copias de alguno de los siguientes documentos: (1) pasaporte de los Estados Unidos; (2) acta de naturalización; o (3) acta de ciudadanía de los Estados Unidos. Si no tiene alguno de estos, envíe copias de: (1) un acta de nacimiento y (2) licencia de conducir vigente y con fotografía o una tarjeta de identificación con fotografía. Para las personas nacidas en Texas, es posible que podamos obtener el acta de nacimiento por medios electrónicos y que usted no tenga que dárnosla. Llame al 2-1-1 o al 1-877-541-7905 (después de escoger un idioma, oprima el 2) para obtener información sobre otras formas de comprobar la ciudadanía. Usted no tiene que comprobar la ciudadanía de alguien que viva en su casa y no esté solicitando servicios.

**WIC:** Envíe copias de alguno de los siguientes documentos: (1) carta de verificación de certificación de WIC o (2) cupón o lista de compra de EBT que estén activos

**El dinero que cada miembro de su familia recibe (ingresos):** Envíe copias de: (1) recibos de sueldo; (2) copias de cheques; (3) una declaración de la persona o compañía para la que trabaja; (4) registros como trabajador independiente; (5) una declaración de la persona que da el dinero; la declaración debe incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono y la firma de esa persona, así como la fecha.

**El dinero que cada miembro de su familia paga (gastos):** Envíe comprobantes como: (1) copias de cheques, (2) talones de cheques; (3) copia de registros del secretario de su distrito; (4) una declaración de la persona a la que usted le paga; la declaración debe incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono y la firma de esa persona, así como la fecha y la frecuencia con la que usted hace ese pago

**Saque copias de todos los comprobantes y envíelos por fax junto con esta solicitud al 1-866-993-9971 (sin costo).  
También puede enviar por correo esta solicitud y todos los comprobantes a:**

**Healthy Texas Women  
PO Box 149021  
Austin, TX 78714-9021**