

**MAVERICK COUNTY HOSPITAL DISTRICT
MEDICAL FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM**

APPLICATION FOR ASSISTANCE

SOLICITUD DE ASISTENCIA

The Maverick County Hospital District Medical Financial Assistance Program (MCHDMFAP) helps eligible residents of Maverick County, Texas pay for approved medical care. Assistance depends on your income, what you own, where you live, other help you receive or could receive, and other items.

Be sure to:

- Complete your name and address;
- Sign and date the last page of the application; and
- Answer as many questions as you can on this application.

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

YOUR RESPONSIBILITIES

You may be asked to bring proof of what you write on your application or tell the person interviewing you. If you need help getting proof, the person interviewing you will help. Examples of some of the things you may be asked to prove and things 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, driver's license, other official identification, automobile registration.
- **YOUR INCOME**
Possible proof: Pay check stubs, pay checks, W2 tax forms or income tax returns, sales records, statements from employers, award letters, legal documents, statements from persons giving you money.
- **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.
- **OTHER HEALTH CARE COVERAGE**
Possible proof: Award or claim letters, insurance policies, court documents, other legal papers.

Information on race and sex is voluntary, information on social security numbers should be given if this information is available. These types of information will not change your eligibility.

You must give information about medical insurance and any other third party financially liable for medical services paid by the MCHDMFAP for yourself and members of your household. By signing and submitting this application, you are agreeing to give the MCHDMFAP the right to recover the cost of health care services paid by MCHDMFAP from any third party.

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

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 SSI, TANF, or Medicaid.

El Programa Médico de Asistencia Financiera del Hospital del Distrito del Condado de Maverick (MCHDMFAP) ayuda a residentes elegibles del Condado de Maverick, Texas a pagar los servicios médicos que necesita. La elegibilidad para esta ayuda depende de los ingresos del solicitante, sus posesiones, el lugar donde vive, y otras consideraciones.

Asegúrese de:

- Completar su nombre y dirección; y
- Firmar y anotar la fecha en la última página de la solicitud; y
- Contestar todas las preguntas que pueda de la aplicación.

Entregue su solicitud, o envíela 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 las cosas que tenga que responder y de lo que le puede servir de prueba:

- **EL LUGAR DONDE VIVE O DONDE TIENE SU HOGAR PERMANENTE**
Posibles Pruebas: correo que recibió en esa dirección, documentos de la escuela, registros de votante, recibos de impuestos, renta o abonos de la casa, la licencia de manejar, otra identificación oficial, el recibo de las placas del carro.
- **LOS INGRESOS QUE TIENE**
Posibles Pruebas: talones del cheque de paga, el cheque de paga, el comprobante de salarios e impuestos (Forma W-2). La declaración de impuesto federal, el registros de ventas, de declaraciones de empleadores, carta de concesión, documentos legales, declaraciones de personas que le dan dinero.
- **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.
- **OTRA COBERTURA PARA GASTOS MÉDICOS**
Posibles Pruebas: cartas de reclamo o de concesión, pólizas de seguros, papeles de la corte u otros documentos legales.

La información sobre el sexo y la raza es voluntaria, si tiene a su disposición los números de Seguro Social, debe darlos. Esta información no afectará su elegibilidad.

Debe dar información sobre seguros médicos y de cualquier otra tercera persona que tenga la responsabilidad de pagar sevcios médicos pagados por el MCHDMFAP en beneficio de usted o de los miembros de su casa. Al firmar y presentar esta solicitud, usted se compromete a darle al MCHDMFAP el derecho de recuperar el costo de servicios médicos de un tercera persona o entidad.

Pueden pedirle que solicite Medicaid, TANF (Asistencia Temporal a Familias Necesitadas), o SSI (Ingreso de Seguridad Suplemental). Si le han pedido que solicite beneficios de alguno de estos programas o si usted ya los solicitó y está esperando la repuesta, su solicitud de MCHDMFAP puede quedar pendiente 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 la solicitud. Entonces MCHDMFAP tiene un plazo 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 SSI, TANF, o Medicaid.

FOR OFFICE USE ONLY/ PARA USO DE LA AGENCIA					
STATUS <input type="checkbox"/> Application <input type="checkbox"/> Review	Date Form 700 is Requested/Issued	Date Identifiable Form 700 is Received	Case Record Number	Appointment Date and Time, if applicable	SCREENED BY

APPLICATION FOR ASSISTANCE/SOLICITUD DE ASISTENCIA

Applicant's Name (Last, First, Middle)/Nombre del Solicitante (Apellido, Nombres)			Home Telephone /Teléfono – Casa		Work Telephone/Teléfono - Trabajo	
Mailing Address (Street or P.O. Box)/Dirección Postal	Apt.#/Apto.#	City/Ciudad	State/Estado	Zip/Código Postal	County/Condado	
Home Address (If different from above) – if rural give directions/Dirección de Residencia (si es diferente de la de arriba) – Si es rural explique cómo llegar						
Have you ever used another name? If yes, list other names you have used./¿Ha usado alguna vez otro nombre? Si marca "Si" escriba los otros nombres que ha usado. <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No						

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 your household members. En la tabla a continuación, llene la primera línea con información acerca de Ud. mismo. Llene las líneas restantes acerca de todos que viven en la casa con Ud., los considere miembros de la unidad familiar o no.

Name (Last, First, Middle) Nombre (Apellido, Nombres)	Social Security Number Numero de Seguro Social	Sex Sexo	Date of Birth Fecha de Nacimiento	What Relation to You Parentesco con Ud?	Are you a sponsored alien? ¿Es usted un extranjero patrocinado?
Applicant/Solicitante (a)				MYSELF (Yo Mismo)	
(b)					
(c)					
(d)					
(e)					
(f)					
(g)					

The word "household" in Question #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: Ud, su esposo/a, y cualquier otra persona que vive con Ud. y con quien tiene una relación legal. No necesita incluir información de las personas quienes viven con Ud. 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 que condado y en que estado viven (tienen su hogar permanente) Ud. 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 your 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
Rentto una casa o apartamento | <input type="checkbox"/> Jail
Carcel |

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

- Rent/Mortgage (Renta/hipoteca) \$ _____
- Utilities (gas, water, electric)/Servicios publicos (gas, agua, luz) \$ _____
- Telephone (telefono) \$ _____
- Transportation such as gas, car payments, bus (Transportacion, tal como gasolina, pagos del carro, autobus) \$ _____
- 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 Ud? Yes/Si No

If yes, who? Si contesta "Si", ¿quien? _____

5. Are you – or is anyone in your household – receiving TANF, Food Stamps, and/or Medicaid benefits?

¿Esta Ud. o alguien de la unidad familiar recibiendo beneficios de TANF, estampillas para comida, y/o Medicaid? Yes/Si No

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

6. Are you – or is anyone in your household – pregnant?

¿Esta Ud. o alguien de la unidad familiar embarazada? Yes/Si No

If yes, who?

Si contesta "Si", ¿quien? _____

7. Are you – or is anyone in your household – disabled?

¿Esta Ud. o alguien de la unidad familiar incapacitada? Yes/Si No

If yes, who?

Si contesta "Si", ¿quien? _____

8. Have you – or has anyone in your household – applied for SSI or SSDI?

¿Alguna vez Ud. o alguien de la unidad familiar solicito beneficios de SSI o SSDI? Yes/Si No

If yes, who applied and when?

Si contesta "Si", ¿quien y cuando? _____

9. Do you – or does anyone in your household – have unpaid health care bills from the last three months?

¿Tiene Ud. o alguien de la unidad familiar cuentas medicas sin pagar de los ultimos tres meses? Yes/Si No

If yes, which months?/Si contesta, "Si", ¿cuales meses? _____

10. Do you – or does anyone in your household – have health care coverage (Medicare, health insurance, V.A., Tricare, etc)?

¿Tiene Ud. o alguien de la unidad familiar la cobertura medica (Medicare, seguro medico, V.A., Tricare, etc)? Yes/Si No

11. How much money do you have? For example, on your person, in your home, in bank accounts, or other locations?

¿Cuánto dinero tienen Ud.; 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 o otros vehiculos tienen Ud. y las personas de la unidad familiar? Anote el ano, la marca, y el modelo en la tabla a continuacion.

	Year/Año	Make and Model/Marca y Modelo		Year/Año	Make and Model/Marca y Modelo
1.			3.		
2.			4.		

13. Do you - or does anyone in your household - own or pay for a home, lot, land, or other things?

¿Tiene o paga Ud. o alguien de la unidad familiar una casa, lote, terreno, o otro bienes? Yes/Si 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 Ud. o alguien de la unidad familiar dinero o alguna propiedad? Yes/Si No

15. Have you – or has anyone in your household – worked in the last three months?

¿Ha trabajado Ud. o alguien de la unidad familiar en los ultimos tres meses?..... Yes/Si No

If Yes, who?

Si contesta "Si", ¿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 continuacion. Asegurese de anotar: Cheques del gobierno; ingresos de trabajo o de capacitacion; dinero que recibe de cobros de cuarto y comida; regalos en efectivo, prestamos, o apartaciones de sus padres, familiares, amigos, y otras persona; los ingresos del patrocinador; becas o prestamos de las escuela; manutencion de ninos, o pagor por desempleo.

Name of Person Working Or Receiving Money Nombre de la Persona Que Trabaja O Que Recibe el Dinero	Name of Employer, Person, or Agency That Provides Money Nombre del Patron, Persona, o Agencia Que Paga el Dinero	How Often Received ¿Cada Cuándo Lo Recibe?	Amount Received Cantidad Recibida	If Social Security Enter Claim No. Si es Seguro Social De el Num. de Reclamo

The statements I have made, including my answers to all questions, are true and correct to the best of my knowledge and belief.

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

I agree to give eligibility staff and the county any information necessary to prove statements about my eligibility.

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

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

Me comprometo a avisar, dentro de 14 dias, de cualquier cambio de:

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

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 recertification for assistance; and that I may request, orally or in writing, a fair hearing about actions affecting receipt of or stopping assistance.

Se me ha dicho y comprendo que esta solicitud será considerada sin discriminación de raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, ó creencias políticas; que puedo pedir una revision de la decisión que se haga acerca de mi solicitud ó recertificación para asistencia; y que puedo pedir, oralmente ó por escrito, una audiencia imparcial y justa sobre cualquier decisión que afecte la entrega o la terminacion de asistencia de atencion medica.

I authorize MCHDMFAP to request and use my (our) medical records for MCHDMFAP purposes. A copy of this authorization will be as valid as the original. MCHDMFAP will use the medical records for internal MCHDMFAP purposes only.

Yo autorizo MCHDMFAP que solicite y use mis (nuestros) expedients medicos para los propositos de MCHDMFAP. Una copia de esta autorizacion sera tan valida como el original. MCHDMFAP solamente usara los expedientes medicos para usos internos de MCHDMFAP.

I understand that by signing this application, I am giving the MCHDMFAP the right to recover the cost of health care services provided by MFAP from any third party. I agree to give the MCHDMFAP any information it needs to identify and locate all other sources of payment for health care services. I understand that I must first apply for assistance from all other sources (ie, Medicaid, Medicare, or any other funding source) for any charges or services that may be potentially covered under these programs.

Comprendo que al firmar esta solicitud, doy al MCHDMFAP el derecho a recuperar de cualquier tercero el costo de servicios medicos proporcionados por el MCHDMFAP. Me comprometo a dar al MCHDMFAP la informacion necesaria para identificar y localizar cualquier otro fuente de pagos por mis servicios medicos. Y entiendo que debo buscar y aplicar por otros programas como Medicaid, Medicare, y otros recursos para servicios que puedan cubrir servicios cubiertos por estos programas.

I HAVE BEEN TOLD AND UNDERSTAND THAT MY FAILURE TO MEET THE OBLIGATIONS SET FORTH MAY BE CONSIDERED WILLFUL AND INTENTIONAL WITHHOLDING OF INFORMATION AND CAN RESULT IN THE RECOVERY OF ANY LOSS BY REPAYMENT OR FILING CRIMINAL OR CIVIL CHARGES AGAINST ME.

SE ME HA DICHO Y COMPRENDO QUE DEJAR DE CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES ESPECIFICADAS, PUEDEN SER CONSIDERADAS COMO UNA RETENCIÓN INTENCIONAL DE INFORMACIÓN Y QUE PUEDE RESULTAR EN LA RECUPERACIÓN DE CUALQUIER PÉRDIDA POR REEMBOLSO QUE RESULTE DE CARGOS CRIMINALES O CIVILES EN MI CONTRA.

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 must also sign and date this Form 700 even if the spouse is a disqualified household member./Si el/la solicitante esta casado/a y su esposo/a vive en la misma casa, se requiere que su esposo/a tambien firme esta Forma 700 aunque no tenga derecho de recibir asistencia.

Signature – Person who completed this application/Date _____

Signature – Applicant's Representative/Date _____

Signature – Witness (if signed X)/Date _____