Texas Health and Human Services Commission

Form H1011
February 2013

Application for Medicaid for Youth Transitioning from Foster Care or an Approved Unaccompanied Refugee Minor's Resettlement Program

Solicitud de Medicaid para jóvenes que salen del cuidado temporal o estuvieron en un programa aprobado de reubicación de refugiados para menores no acompañados

Please answer all questions as completely and accurately as you can./Por favor, conteste todas las preguntas tan cuidadosa y correctamente como pueda.

Name (Last, First, Middle)/Nombre (Apellido, primer nombre, segundo nombre)	**Date of Birth**/Fecha de nacimiento	**Social Security No.**/Núm de Seguro Social

Home Address/Dirección del domicilio	**City**/Ciudad	**State**/Estado	**ZIP**/Código postal	**County**/Condado

Mailing Address (if different from home address)/Dirección postal (si es diferente a su domicilio)	**City**/Ciudad	**State**/Estado	**ZIP**/Código postal

Area Code and Telephone No./Clave del área y teléfono
Home/De la casa **Other**/Otro

Are you a U.S. citizen?/¿Es usted ciudadano estadounidense?
☐ **Yes**/Sí ☐ **No**

Are you an unaccompanied refugee minor?/¿Es usted un menor refugiado sin compañia? **This means you are**/ Esto quiere decir que usted es una persona que: **(1) not living with a relative**/ no vive con un familiar, **(2) age 18 or younger**/ tiene 18 años de edad o es menor, and/y **(3) a refugee**/ es un refugiado**.**

☐ **Yes**/Sí ☐ **No**

Are you a legal alien?/¿Es usted extranjero legal?
☐ **Yes**/Sí ☐ No

Gender/Sexo
☐ **Male**/Masculino ☐ **Female**/Femenino

Are you Hispanic or Latino?/¿Es usted hispano o latino?
☐ **Yes**/Sí ☐ **No**

What is your race? (select one or more)/¿Cuál es su raza? (Escoja una o más)

☐ **American Indian or Alaska Native/** Indio Americano o nativo de Alaska ☐ **Asian**/Asiático ☐ **Black or African American**/ Negro o afroamericano ☐ **Native Hawaiian or Other Pacific Islander**/ Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico ☐ **White**/Blanco

Do you have medical insurance?/¿Tiene usted seguro médico?
☐ **Yes**/Sí ☐ No

Name of Insurance Company/Nombre de la compañía de seguros

Insurance Company's Area Code and Telephone No./Clave del área y teléfono de la compañía de seguros

Do you have Medicaid?/¿Recibe usted Medicaid?
☐ **Yes**/Sí ☐ No

Do you have unpaid medical bills for services received three months before this month?/¿Tiene usted cuentas médicas sin pagar por servicios que recibió en los tres meses anteriores a este mes?
☐ **Yes**/Sí ☐ No

If yes, in which months did you receive medical services?/Si contesta "Sí", ¿en cuáles meses recibió servicios médicos?

List your current income before taxes. Include wages, unemployment compensation, Social Security or any other money you regularly receive./Anote sus ingresos actuales, antes de la deducción de impuestos. Incluya el sueldo, compensación de desempleo, seguro social o cualquier otro dinero que recibe con regularidad.

Employer Name or Source of Income/Nombre del empleador o fuente de ingresos	**How much?**/ ¿Cuánto recibe?	**How often are you paid?**/¿Con qué frecuencia lo recibe?
	$	☐ Weekly/Cada semana ☐ every 2 weeks/Cada 2 semanas ☐ twice a month/Cada quincena ☐ monthly/Cada mes
	$	☐ Weekly/Cada semana ☐ every 2 weeks/Cada 2 semanas ☐ twice a month/Cada quincena ☐ monthly/Cada mes
	$	☐ Weekly/Cada semana ☐ every 2 weeks/Cada 2 semanas ☐ twice a month/Cada quincena ☐ monthly/Cada mes

Do you have more than $10,000 in bank accounts, cash on hand, or anywhere else that is available to you?/¿Tiene usted más de $10,000 en cuentas bancarias, efectivo a la mano o en cualquier otro lugar que esté a su disposición? ..... ☐ **Yes**/Sí ☐ **No**

Do you have two or more cars, trucks or other vehicles worth more than $10,000 each?/¿Tiene dos o más carros, camionetas u otros vehículos de un valor de más de $10,000 cada uno? ..... ☐ **Yes**/Sí ☐ **No**

Signing up to vote:

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote here today? ..... ☐ Yes ☐ No

IF YOU DO NOT CHECK EITHER BOX, YOU WILL BE CONSIDERED TO HAVE DECIDED NOT TO REGISTER TO VOTE AT THIS TIME. If you would like help in filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private. If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with the Elections Division, Secretary of State, P.O. Box 12060, Austin, TX 78711. Phone: 1-800-252-8683.

Inscripción para votar

Llenar la solicitud del registro para votar o negarse a inscribirse no afectará la cantidad de asistencia que este departamento le dará.

Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le interesa llenar hoy mismo la solicitud del registro para votar? ..... ☐ Sí ☐ No

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, ESO SIGNIFICARÍA QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. Si quiere ayuda para llenar la solicitud del registro para votar, le podemos ayudar. Usted decide si necesita o quiere aceptar la ayuda. Puede llenar la solicitud en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o negarse a inscribirse para votar, o con su derecho de escoger un partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja en Elections Division, Secretary of State, P.O. Box 12060, Austin, TX 78711. Número de teléfono: 1-800-252-8683.

I understand that information I provide in connection with this application is subject to verification by HHSC and other state and federal agencies. My signature below authorizes release of this information and indicates that I agree that this information may be used to determine if I qualify for assistance.

Entiendo que la información que brinde en conexión con esta solicitud está sujeta a verificación de la HHSC y otros departamentos estatales y federales. Mi firma a continuación autoriza la divulgación de esta información e indica que acepto que esta información sea utilizada para determinar si lleno los requisitos para recibir ayuda.

I certify under penalty of perjury that the information I have provided on this application is true and complete to the best of my knowledge. If it is not, I may be subject to criminal prosecution.

Certifico bajo pena de perjurio que la información que brindé en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Si no lo es, yo podría estar sujeto a enjuiciamiento penal.

_____ _____

Signature/Firma **Date**/Fecha

Agency Use Only (Sólo para uso de la agencia): Voter Registration Status

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

Agency staff signature _____

Your Rights and Responsibilities

Social Security Number: You will be asked to provide your Social Security number if you want assistance. If you do not have a Social Security number, we can help you apply for one. Providing or applying for a Social Security number is required as a condition of eligibility for benefits as required by Section 1137 of the Social Security Act. The authority for this medical assistance benefits requirement is 42 C.F.R. 435.910. We will not share your Social Security number with the U.S. Citizenship and Immigration Services. Social Security numbers are used to verify eligibility, to conduct computer matching with other agencies such as Texas Workforce Commission, the Social Security Administration, the Internal Revenue Service and other matching sources and to recover benefits you were not entitled to receive.

Race, Ethnicity and Gender: You will be asked to provide information about your race, ethnic background and gender. You are not required to provide this information. This information is used to show that benefits are provided without regard to race, color, gender or national origin. It will not affect your eligibility.

Health and Hospitalization Information: According to state law, a recipient of Medicaid automatically gives HHSC his or her right to financial recovery from personal health insurance, other recovery sources and money received as a result of personal injuries, to the extent HHSC has paid for medical services. This allows HHSC to recover the costs of medical services paid for by the Medicaid program. Any applicant or recipient who knowingly withholds information regarding any sources of payment for medical services violates state law.

Discrimination: In accordance with state and federal law, you have the right to be treated fairly and equally regardless of your race, color, religion, national origin, gender, age, political beliefs or disability. If you believe you have been discriminated against, you may contact the Texas Health and Human Services Commission, Civil Rights Office, by writing to: HHSC, Civil Rights Office, 701 W. 51st St., Suite 104, MC W-206, Austin, TX 78751; calling 888-388-6332 (toll free), 512-438-2960 (TDD) or 1-877-432-7232 (toll free TTY); or faxing 512-438-5885.

Fair Hearing: You have the right to appeal and have a fair hearing if you are: (1) not notified in writing of the decision regarding your application; (2) denied benefits from the Medicaid program; or (3) dissatisfied with any other decision that affects your receipt of Medicaid benefits.

Reporting Changes: I agree to report a change of address within 10 days of when the change occurs.

Sus derechos y responsabilidades

Número de seguro social: se le pedirá que proporcione su Número de Seguro Social si desea recibir asistencia. Si no tiene Número de Seguro Social, le podemos ayudar a solicitar uno. Se le exige que proporcione o solicite un Número de Seguro Social como condición de elegibilidad para recibir beneficios según lo requiere la Sección 1137 de la Ley del Seguro Social. La autoridad para estos requisitos para asistencia médica es 42 C.F.R. 435.910. No compartiremos su Número de Seguro Social con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EE.UU. El Número de Seguro Social se utiliza para verificar si reúne los requisitos, para efectuar comparaciones por computadora con otros departamentos, como la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, la Administración de Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos y con otras fuentes de comparación, y para recuperar beneficios a los que no tenía derecho.

Raza/origen étnico y sexo: se le pedirá que proporcione información sobre su raza, origen étnico y sexo. Esta información es voluntaria y se usa para asegurar que se proporcionen los beneficios sin distinción de raza, color, sexo y origen nacional. Esto no afectará su eligibilidad.

Información de salud y hospitalización: de acuerdo con la ley estatal, un cliente de Medicaid cede automáticamente a la HHSC su derecho de cobrarle a un seguro médico personal, a otras fuentes de pago y al dinero recibido como resultado de daños personales, en la medida en que la HHSC haya pagado por servicios médicos. Esto le permite a la HHSC recuperar los costos de los servicios médicos pagados por el programa de Medicaid. Cualquier solicitante o cliente que oculte información intencionalmente con respecto a cualquier fuente de pago por servicios médicos está violando la ley estatal.

Discriminación: usted tiene el derecho de recibir un trato justo y equitativo sin distinción de raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, creencias políticas o discapacidad de acuerdo con las leyes estatales y federales. Si cree que lo han discriminado, puede comunicarse por escrito con la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC en: Texas Health and Human Services Comission, Civil Rights Office, 701 W. 51st St., Suite 104, MC W-206, Austin, TX 78751 o llame al 1-888-388-6332 (gratis), al 1-512-438-2960 (TDD), o al 1-877-432-7232 (TTY gratis) o al 1-512-438-5885 (fax).

Audencia Imparcial: usted tiene derecho a una apelación o a una audiencia imparcial si: (1) no le avisan por escrito sobre la decisión en cuanto a su solicitud; (2) le niegan los beneficios del programa de Medicaid; o (3) no está satisfecho con ninguna otra decisión que afecta su derecho de recibir beneficios de Medicaid.

Informe de cambios: estoy de acuerdo en informar sobre cambios de dirección dentro de 10 días de cuando ocurra.

Other Important Information

This application is used only to apply for Medicaid for Youths Aging Out of Foster Care under the Chafee Foster Care Independence Act coverage group. To apply for any other Medicaid coverage or other state benefits, you must complete an application at your local HHSC benefits office. You can call 2-1-1 toll free to find a location near you.

Otra información importante

Esta solicitud se usa solamente para solicitar Medicaid para jóvenes que salen del cuidado temporal bajo el grupo cubierto por la Ley de Chafee de Independencia del Cuidado Temporal. Para solicitar cualquier otra cobertura de Medicaid u otros beneficios estatales, tiene que llenar una solicitud en la oficina local de beneficios de la HHSC. Puede llamar gratis al 2-11 para encontrar una cerca de usted.

Instructions for returning this application:

After completing and signing this application, return it in the postage-paid envelope that may have been included. If you do not have a postage-paid envelope, you can mail the application to:

HHSC
P. O. Box 14600
Midland, Texas 79711-4600

For questions about this program, call the toll-free number, 1-800-248-1078, between 8 a.m. and 5 p.m. Central Time.

Instrucciones para enviar esta solicitud:

Después de llenar y firmar esta solicitud, envíela en el sobre prepagado que quizás se haya adjuntado. Si no tiene un sobre prepagado, puede enviarla a:

Para preguntas sobre este programa, llame gratis al 1-800-248-1078, de 8 a.m. a 5 p.m. hora central.