

This is an Official Government Record. Untrue or Incomplete information given on this form may result In Criminal Action being taken under Sections 31.04, 37.10 or other portions of the Texas Penal Code.

Nueces County Hospital District APPLICATION FOR ASSISTANCE

The Nueces Aid Program helps people pay for needed medical 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. Assistance in completing this application will be provided to you if needed. Please call (361) 902-4855 for an appointment.

Try to answer as many questions as you can on this application. Be sure to:

- ◆ answer all questions in item 1, General Information, and
- ◆ sign and date the last page of the 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 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 the 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, W-2 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. This type of information will not change your eligibility.

You must give information about medical insurance and any other third party financially liable for medical services for yourself and members of your household.

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 Nueces Aid application may be held until you are determined ineligible for the other program(s). If you are not eligible for these other programs, if you have answered all questions on the application, and if you have given all the proof asked for, your application is complete. The Nueces County Hospital District will 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.

Esté es un documento Oficial del Gobierno. Dar información incorrecta o falsa resultará en cargos criminales bajo el Código Penal del Estado de Tejas, Secciones 31.04, 37.10 o otras partes de este código.

Distrito de Hospital del Condado de Nueces SOLICITUD DE ASISTENCIA

El Programa de Asistencia de Nueces Aid 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. Si usted necesita ayuda para completar su solicitud, llame a (361) 902-4855 para conseguir una cita.

Trate de contestar, en esta solicitud, todas las preguntas que pueda. Asegúrese de:

- ◆ contestar todas las preguntas de la Sección 1, Información General, y
- ◆ firmar y fechar la última página de la 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 tenga que probar 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 para manejar, otra identificación oficial, el recibo del registro 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 récord de ventas, 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, estados de cuentas del banco.
- ◆ **OTRA COBERTURA PARA GASTOS MEDICOS.**
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 tercero que tenga la responsabilidad de pagar servicios médicos en beneficio de usted o de los miembros de su casa.

Pueden pedirle que solicite Medicaid, TANF (Asistencia Provisional para Familias que Necesitan Ayuda), o beneficios de SSI (Seguridad de Ingreso Suplemental). 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 Nueces Aid 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 Distrito de Hospital del Condado de Nueces 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 SSI, TANF o Medicaid.

This is an Official Government Record. Untrue or Incomplete information given on this form may result In Criminal Action being taken under Sections 31.04, 37.10 or other portions of the Texas Penal Code.

**Policy #: NA003
Attachment**

**Nueces County Hospital District
Distrito de Hospital del Condado de Nueces**

FOR AGENCY USE ONLY/PARA USO DE LA AGENCIA			
FORMER RECIPIENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DATE FILED	DATE COMPLETED	COMMENTS

APPLICATION FOR ASSISTANCE / SOLICITUD DE ASISTENCIA

Applicant's Name (Last, First, Middle) (Nombre del Solicitante(Apellido, Nombres))		Home Telephone No./Teléfono-Casa		Work Telephone No./Teléfono-Trabajo	
Home Address-(Street or P.O. Box) (Dirección de Residencia (Calle o Apdo.))	Apt.#/Apto.#	City/Cuidad	State/Estad o	Zip	County/Condado

1. List the members of your household:/ Dé la siguiente información para las personas de su casa:						U.S. CITIZEN CIUDADANO DE LOS EUA		LEGAL ALIEN RESIDENTE LEGAL		IN SCHOOL ESTA EN LA ESCUELA		SOCIAL SECURITY NUMBER NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
NAME (Last, First, Middle) NOMBRE (Apellido, Nombres)	MARITAL STATUS	WHAT KIN TO YOU? RELACION DE PARENTESCO	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	SEX SEXO	RACE RAZA	Yes Sí	No	Yes Sí	No	Yes Sí	No	
Applicant/Solicitante (a)		SELF USTED MISMO										
(b)												
(c)												
(d)												
(e)												
(f)												
(g)												
(h)												

2. **Are you or is anyone in your household receiving TANF, Food Stamps, and/or Medicaid benefits anywhere else?**
 ¿Está usted o alguna persona de su casa recibiendo beneficios de TANF, Estampillas para Comida y/o Medicaid en otro lugar?.....Yes/Sí No
If "Yes" where?/Si contesta "Sí," ¿Dónde?

3. **Is anyone in your household disabled?**
 ¿Hay entre las personas de su casa alguna persona incapacitada?.....Yes/Sí No.

4. **How much cash money do you and the members of your household have (in pockets, bank accounts, anywhere else)?**
 Entre usted y todas las demás personas de su casa, ¿cuánto dinero tienen a su disposición (en los bolsillos, las cuentas bancarias, o donde sea)?.....

\$

Nueces County Hospital District
Distrito de Hospital del Condado de Nueces

Policy #: NA003
 Attachment 1
 Page 2 of 3

5. **How many cars, trucks, or other vehicles does your household have?**
 ¿Cuántos carros, camionetas, u otros vehículos tienen las personas de su casa?.....

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

6. **Do you (or does anyone in your household) own or are you paying for a home, lot, land, life insurance, or other things?**
 ¿Tiene o está pagando usted o algún persona de su casa, por una casa, un lote, un terreno, una póliza de seguro de vida, o alguna otra cosa?..... Yes/Sí No

7. **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 algún persona de su casa dinero o alguna propiedad?..... Yes/Sí No

8. **What is the total income (money, cash, or checks) that you expect your household to receive this month?**
 ¿Cuánto es el total de los ingresos (dinero en efectivo o en cheque) que esperan recibir en este mes entre usted y todas las demás personas de su casa?.....

\$

9. **Does anyone get any other money, cash, or checks? (Include school grants, scholarships, loans, child support, unemployment, government checks, etc.)**
 ¿Recibe alguna persona de la casa otro dinero en efectivo o en cheques? (Incluya concesiones para la escuela, becas, préstamos, sostenimiento para niños, pagos por desempleo, cheques del gobierno, etc.)..... Yes/Sí No

10. **List all of your household's income below:/ Dé la siguiente información para todos los ingresos recibidos:**

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 THE MONEY NOMBRE DEL PATRON, PERSONA, O AGENCIA QUE PAGA EL DINERO	HOW OFTEN RECEIVED? ¿CADA CUANTO LO RECIBE?	AMOUNT RECEIVED CANTIDAD RECIBIDA

11. **Does anyone have any unpaid medical bills from the last two months?**
 ¿Tiene alguien de su casa cuentas médicas sin pagar de los últimos dos meses?..... Yes/Sí No

12. **Do all the listed people who want assistance plan to stay in this county as residents?**
 ¿Piensan quedarse en este condado como residentes todas las personas de la lista que quieren asistencia?..... Yes/Sí No

13. **Living Arrangements/Vivienda**

Check all boxes that apply to your household:/Marque todas las casillas que se aplican a su casa:

<input type="checkbox"/> Own or Paying for Home Soy Dueño de mi Casa o la Estoy Comprando	<input type="checkbox"/> No Permanent Residence No Tengo Residencia Permanente	<input type="checkbox"/> Renting Rento
<input type="checkbox"/> Migrant or Seasonal Farmworker Soy Trabajador Migratorio o de Temporada	<input type="checkbox"/> Live with Relatives or Friends Vivo con Parientes o Amigos	

14. **Does anyone have health insurance?**
 ¿Tiene alguien de su casa seguro médico?..... Yes/Sí No

Nueces County Hospital District
Distrito de Hospital del Condado de Nueces

Policy #: NA003
Attachment 1
Page 3 of 3

15. Have you or a member of your household applied for SSI?

¿Alguna vez usted o alguna persona de su casa solicitó beneficios de SSI?.....Yes/Sí No

If “Yes”, who applied?/Si contestó “Sí,” ¿quién los solicitó?

I agree to give eligibility staff, the Nueces County Hospital District (NCHD), and the Texas Department of Health any information necessary to prove statements about my eligibility. I will cooperate fully with a quality control review, audit or investigative inquiries.

I authorize NCHD to request my information from financial institutions, credit bureaus, government agencies and current or previous employers or landlords. I specifically authorize NCHD to access my credit report. I authorize the parties listed above to release any information to NCHD relevant to my ongoing assistance.

I agree to report any of the following changes within 14 days: income, resources, the number of people who live with me, address, and application for, or receipt of, SSI, TANF or Medicaid. **Failure to report any changes may result in loss of eligibility.**

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.

I authorize NCHD to request and use my (our) medical records for Nueces County Hospital District program purposes. A copy of this authorization will be as valid as the original. The Nueces County Hospital District will use medical records for internal Nueces County Hospital District purposes only.

I understand that I must apply for Medicaid, Medicare or any other funding source for any charges or services that may be potentially covered under these programs.

Me comprometo a darle al personal del departamento de elegibilidad, del Distrito de Hospital del Condado de Nueces (NCHD), y al Departamento de Salud de Texas, toda la información necesaria para comprobar mis declaraciones sobre la elegibilidad, colaboraré plenamente para que hagan un análisis de control de calidad, una auditivo de contabilidad o investigaciones.

Autorizo a NCHD que solicite mi información de institutos financieros, agencia de credito, agencias de gobierno, y de mi presente o previo empleador o propietario. En particular autorizo el acceso de mi reporte de credito a NCHD. Autorizo a las entidades mencionadas, la entrega de cualquier información a NCHD que sea relacionada a la asistencia que estoy recibiendo.

Me comprometo a reportar dentro de 14 días cualquier cambio de las siguientes circunstancias: ingresos, recursos, número de personas que viven conmigo, dirección, o solicitud de SSI, TANF, Medicaid o recibo de cualquiera de estas ayudas. . **Falta de reportar cualquier cambio puede resultar en la pérdida de mi elegibilidad.**

Me han dicho y comprendo que esta solicitud será considerada sin discriminacion de raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, incapacidad, o afiliación política; que puedo pedir una revisa de la decisión que se haga acerca de mi solicitud o recertificación para asistencia; y que puedo pedir, oralmente o por escrito, una audiencia imparcial y justa sobre cualquier acción para terminar mi asistencia.

Autorizo a NCHD que solicite y utilice mis datos médicos con el proposito al programa de NCHD. Una copia de esta autorización será tan válida como el original. NCHD solamente usara los datos médicos para usos internos de NCHD.

Entiendo que estoy obligada(o) a buscar y aplicar a otros programs como Medicaid y Medicare que cubren estos services o cargos.

<p>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.</p> <p>I have been told and understand that my failure to meet the obligations set forth may be considered willful withholding of information and can result in the recovery of any loss by repayment, or by filing criminal or civil charges against me.</p>	<p>Según mi leal saber y entender, certifico bajo pena de perjurio que la información en esta aplicación es verdadera y completa.</p> <p>Me han dicho y comprendo que dejar de cumplir con las obligaciones especificadas en ésta podría considerarse una retención intencional de información y podría dar lugar a la recuperación de pérdidas por medio de una devolución de pagos o por medio de cargos criminales o civiles en mi contra.</p>
---	--

Signature - Applicant/Firma-Solicitante	Date/Fecha	Print Name	Social Security Number	Date of Birth	Drivers License # & State
Signature - Spouse/Firma-Esposo o Esposa	Date/Fecha	Print Name	Social Security Number	Date of Birth	Drivers License # & State
Signature - Person who helped complete this application Firma - Persona que ayudo a llenar esta solicitud	Date/Fecha				