



618 N Main St. Suite B, Corsicana, TX 75110  
(903) 874-6731

## **PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA INDIGENTES DEL CONDADO DE NAVARRO**

**Por favor, asegúrese de devolver esta solicitud.  
Puede dejarlo en la oficina, por correo o por fax.  
Teléfono: (903) 874-6731, Fax: (903) 872-0126**

**Brianna Caldwell – Coordinador de Atención a Indigentes**

**[bcaldwell@navarrohealth.com](mailto:bcaldwell@navarrohealth.com)**

### **DOCUMENTOS REQUERIDOS:**

**Identificación con foto  
Comprobante de residencia  
Comprobante de ingresos**

**Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con  
nuestra oficina.**

**¡Estamos aquí para ayudarte!**



Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes  
**Solicitud de asistencia médica**

**For Office Use Only (Solo para uso de la oficina)**

Status <input type="radio"/> Application <input type="radio"/> Review	Date Form 3064 Requested/Issued	Date Identifiable Form 3064 Received	Case Record No.	Appointment Date and Time, if applicable
---	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------	--

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Código postal y núm. de teléfono.	Otro núm. de teléfono con código de área
--	-----------------------------------	--

¿Alguna vez ha usado otro nombre? De ser así, indique los nombres que ha usado.  
 Sí  No

Domicilio postal (calle o apartado postal)	Núm. de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
--	---------------	--------	--------	---------------

Dirección postal, si es diferente a la anterior. Si es un domicilio rural, indique cómo llegar.

1. En la tabla a continuación, use el primer renglón para poner información sobre usted. En los otros renglones, ponga la información de todas las personas que viven en la casa con usted, aún si no se consideran miembros del hogar.

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Núm. de Seguro Social (si lo sabe)	Sexo (Masculino/ Femenino)	Fecha de nacimiento	Relación con usted	¿Es usted extranjero patrocinado?
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

**Nota:** La palabra "hogar" en las preguntas 2 a 16 se refiere a usted, su cónyuge y cualquier otra persona que viva con usted y con la que tenga una relación legal. No es necesario incluir información sobre las personas que viven con usted pero que no forman parte de su "hogar".

2. ¿En qué condado y estado está ubicado su hogar (dónde está su hogar permanente)?  
 Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ¿Piensa permanecer en este condado y estado?  Sí  No

3. Plan de vivienda: Seleccione todas las casillas que correspondan a su hogar.

<input type="checkbox"/> Es dueño o está pagando por el hogar	<input type="checkbox"/> Vive en una casa que otra persona paga	<input type="checkbox"/> No tiene residencia permanente
<input type="checkbox"/> Vive con otra persona	<input type="checkbox"/> Renta una casa o apartamento	<input type="checkbox"/> Cárcel

Please return the items checked above by the time you return your application..

A decision about your eligibility will be made no later than 14 days after your application is completed, including all requested information. If we do not receive the information and you do not contact me, I assume that you do not want assistance. Call me if you have any questions.

Brianna Caldwell  
Staff Signature

903874 4731 ext: 2  
Area Code and Phone No.

4. Anote los gastos promedios mensuales de su hogar.

Renta/hipoteca	\$
Servicios públicos (gas, agua, luz)	\$
Teléfono	\$
Servicios de transporte (como gasolina, pagos del carro, autobús)	\$
Impuestos y seguro anuales del hogar	\$
Otro gasto:	\$
Otro gasto:	\$
Otro gasto:	\$

¿Paga alguien estos gastos del hogar por usted?  Sí  No Si contesta que sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

5. ¿Recibe usted o alguien de su hogar alguno de los siguientes beneficios?  Sí  No

Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)  Programa SNAP (estampillas para alimentos)  Beneficios de Medicaid

Si contesta que sí, ¿quién recibe estos beneficios? \_\_\_\_\_

6. ¿Está usted o alguien de su hogar embarazada?  Sí  No Si contesta que sí, ¿quién está embarazada? \_\_\_\_\_

7. ¿Tiene usted o alguien de su hogar una discapacidad?  Sí  No Si contesta que sí, ¿quién tiene una discapacidad? \_\_\_\_\_

8. ¿Ha solicitado usted o alguien de su hogar Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)?

Sí  No Si contesta que sí, ¿quién solicitó estos beneficios y cuándo? \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene usted o alguien en su hogar facturas sin pagar por servicios de atención médica de los últimos tres meses?  Sí  No

Si contestó que sí, ¿de cuáles meses? \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene usted u otra persona en su hogar cobertura de atención médica (Medicare, seguro médico, Asuntos de Veteranos, Tricare, etc.)?

Sí  No Si contesta que sí, ¿quién tiene cobertura? \_\_\_\_\_

11. ¿Cuánto dinero tiene en su cartera, en su casa, en cuentas bancarias o en otros lugares?

12. ¿Cuántos carros, camiones u otros vehículos tienen usted y los demás miembros de su hogar? A continuación, anote el año, marca y modelo.

Año	Marca y modelo	+
1		-

13. ¿Es dueño o paga usted o alguien de su hogar una casa, un lote, unas tierras u otra propiedad?  Sí  No

14. En los últimos tres meses, ¿vendió, intercambió o regaló usted u otro miembro del hogar algún dinero o propiedad?  Sí  No

15. ¿Ha trabajado usted o alguien de su hogar en los últimos tres meses?  Sí  No Si contesta que sí, ¿quién trabajó? \_\_\_\_\_

16. En la siguiente tabla anote todos los ingresos de la familia. Incluya los siguientes: cheques del gobierno; dinero de una capacitación o trabajo; dinero que cobra por dar alojamiento y comida; dinero regalado, préstamos o contribuciones de los padres, familiares, amigos y otras personas; ingresos que recibe de un patrocinador; becas o préstamos escolares; manutención infantil, y pagos por desempleo.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre del departamento, persona o empleador que aporta el dinero	Cantidad recibida	Frecuencia del ingreso

Las declaraciones que he hecho, incluidas las respuestas que he dado, son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en darle al personal que determina el derecho a la participación y al condado cualquier información que sea necesaria para comprobar las declaraciones respecto a mi derecho a la participación. Estoy de acuerdo en informar de cualquier de los siguientes cambios en un plazo de 14 días:

- Ingresos
- Recursos
- Número de personas que viven conmigo
- Dirección
- Solicitud o participación en SSI, TANF o Medicaid

Me han informado y tengo por entendido que esta solicitud se tramitará sin distinción de raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencia política; que puedo pedir una revisión de la decisión que se tome sobre mi solicitud o la recertificación de asistencia, y que puedo pedir oralmente o por escrito una audiencia imparcial con respecto a cualquier acción que afecte la concesión o la terminación de asistencia.

Tengo entendido que, al firmar esta solicitud, le doy al condado el derecho de recuperar el costo de los servicios de atención médica proporcionados por el condado de cualquier tercero.

Estoy de acuerdo en dar al condado cualquier información que necesite para identificar y localizar todas las otras fuentes de pago de los servicios de salud.

Se me ha informado y entiendo que no cumplir con las obligaciones establecidas podría considerarse una retención intencional de información de mi parte y podría dar lugar a que se recuperen los fondos mediante el reembolso o la presentación de cargos civiles o penales en mi contra.

Antes de firmar, asegúrese de haber dado respuestas completas y correctas. Si el solicitante está casado y su cónyuge es un miembro del hogar, el cónyuge también puede firmar y fechar este formulario aunque sea un miembro del hogar excluido.

_____ Firma del solicitante	_____ Fecha	_____ Firma del cónyuge	_____ Fecha
_____ Firma de la persona que ayudó a llenar el Formulario 3604	_____ Firma del representante del solicitante	_____ Firma del testigo (si el solicitante firmó con una "X")	
Dirección de la persona que ayudó a llenar el Formulario 3604 (calle, ciudad, estado, código postal):			Código de área y tel.:

El Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes ayuda a la gente a pagar la atención médica que necesita. Su derecho a recibir esta ayuda depende de sus ingresos, sus posesiones, el lugar donde vive, los demás beneficios que reciba o que podría recibir, así como otros factores. Asegúrese de:

1. Incluir su nombre y dirección;
2. Firmar y escribir la fecha en la página 3 de la solicitud, y
3. Responder a tantas preguntas como pueda en esta solicitud.

Entregue o envíe por correo su solicitud hoy mismo, aún si no pueda responder a todas las preguntas.

### **Sus responsabilidades**

Es posible que se le pida que traiga pruebas de lo que escriba en su solicitud o de lo que le diga a la persona que lo entreviste. Si necesita ayuda para conseguir pruebas, la persona que lo entreviste le ayudará. A continuación se enumeran ejemplos de alguna información que se le podría pedir que compruebe y los documentos que puede usar como prueba.

**Lugar donde vive y donde piensa seguir viviendo:** Correspondencia que recibe en su domicilio; expedientes escolares; documentos para votar; recibos de impuestos sobre la propiedad o el pago de alquiler o de hipoteca; licencia de manejar de Texas, y otros documentos de identificación oficiales.

**Sus posesiones y el valor que tienen:** Avalúos de impuestos sobre los bienes; estimaciones de las agencias de automóviles; anuncios de venta de artículos similares; declaraciones de agentes de bienes raíces, y estados de cuentas bancarias.

**Sus ingresos:** Comprobantes del pago; talones de cheque; formulario de impuestos W-2 o declaración de impuestos; comprobantes de ventas; declaraciones de los empleadores; cartas de concesión; documentos legales, y declaraciones de personas que le dan dinero.

**Otro tipo de cobertura de atención médica:** Cartas de concesión o de reclamos; pólizas de seguro de vida; documentos del tribunal, y otros expedientes judiciales.

La información sobre los números de Seguro Social debe proporcionarse si está disponible. La información sobre el sexo (masculino/femenino) no es obligatoria. Esta información no se toma en cuenta para determinar si usted cumple con los requisitos para recibir beneficios.

Debe dar información sobre el seguro médico y cualquier tercero responsable económicamente de los servicios de atención médica pagados por el condado por usted y los miembros de su hogar. Al firmar y presentar esta solicitud, usted concede al condado el derecho de recuperar de cualquier tercero el costo de los servicios de atención médica, que hayan sido prestados por el condado.

Se le podría pedir que solicite los beneficios de Medicaid, Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Si se le pide que solicite los beneficios de uno de estos programas o si ya presentó la solicitud, pero está esperando una respuesta, su solicitud de CIHCP podría permanecer pendiente hasta que se determina que no llena los requisitos para recibir beneficios de los otros programas. Si no llena los requisitos para recibir beneficios de los otros programas y si contestó todas las preguntas de la solicitud y presentó todas las pruebas solicitadas, su solicitud podrá ser tramitada. Después, el CIHCP tendrá 14 días para determinar si usted reúne los requisitos para recibir beneficios.

Después de presentar su solicitud, debe informar en un plazo de 14 días cualquier cambio de dirección, ingresos, recursos, personas que viven con usted, o si solicitó o recibió Medicaid, TANF o SSI.

# CUIDADO DE LA SALUD PARA INDIGENTES DEL CONDADO DE NAVARRO

## (SOLICITUD COMPLEMENTARIA)



1. ESTADO CIVIL (elija uno a continuación):  
\_\_ Soltero \_\_ Casado \_\_ Divorciado \_\_ Separado \_\_ Viuda(s) \_\_ Ley Común
2. EMPLEO
  - Actualmente trabajo: SÍ\_\_ NO\_\_ Mi empleador es: \_\_\_\_\_
  - La fecha de mi último empleo fue: \_\_\_\_\_ Mi empleador fue: \_\_\_\_\_
  - Soy autónomo/tengo mi propio negocio: SÍ\_\_ NO\_\_
  - Presenté la declaración de impuestos federales sobre la renta: SÍ\_\_ NO\_\_.
3. PRESTACIONES POR DESEMPLEO
  - RECIBO Beneficios del Seguro de Desempleo (UIB): SÍ\_\_ NO\_\_ si no, ¿por qué \_\_\_\_\_
4. COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES
  - ¿Ha solicitado la Compensación para Trabajadores?: SÍ\_\_ NO\_\_
5. BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL (SS)
  - Estoy recibiendo beneficios del Seguro Social (SSI): SÍ\_\_ NO\_\_
  - He solicitado beneficios de SS/Discapacidad: SÍ\_\_ NO\_\_
    - Si se le niega, ¿ha apelado la decisión? SÍ\_\_ NO\_\_
    - ¿Tiene una fecha para la audiencia? SÍ\_\_ (¿En qué fecha? \_\_\_\_\_) NO\_\_
6. BENEFICIOS PARA VETERANOS
  - Soy un veterano de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.: SÍ\_\_ NO\_\_
  - Soy un Veterano y recibo beneficios de Veteranos: SÍ\_\_ NO\_\_
7. ASISTENCIA FINANCIERA
  - Recibo dinero para ayudarme: SÍ\_\_ NO\_\_
  - Mis facturas son pagadas por individuos/organizaciones: SÍ\_\_ NO\_\_
  - Recibo asistencia de cualquier tipo: SÍ\_\_ NO\_\_

- He solicitado Cupones de Alimentos (SNAP): SÍ\_\_\_ NO\_\_\_
- Recibo Cupones de Alimentos (SNAP): SÍ\_\_\_ NO\_\_\_
- Yo, o cualquier miembro del hogar, recibo pagos de manutención de los hijos: SÍ\_\_\_ NO\_\_\_

Explique brevemente su(s) problema(s) médico(s) actual(es). Asegúrese de incluir **TODOS los** diagnósticos, las fechas de diagnóstico (aproximadas) y el plan de atención.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

***Mis respuestas a las preguntas anteriores son verdaderas y correctas. Entiendo que el hecho de no proporcionar declaraciones verdaderas y correctas se considerará fraudulento y afectará mi capacidad para ser aprobado para el Cuidado de Salud para Indigentes del Condado de Navarro.***

Imprime tu nombre: \_\_\_\_\_

Su firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



# Declaración de Salud para Indigentes del Condado de Navarro

## Declaración de Verificación de Asistencia

Necesitamos verificar la cantidad de asistencia que usted brinda a \_\_\_\_\_ y cómo se brinda esa asistencia.

I, \_\_\_\_\_ proporcionar asistencia mediante:

Por favor, marque todo lo que corresponda:

     **DAR DINERO AL CLIENTE**

FECHA \_\_\_\_\_ IMPORTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ IMPORTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ IMPORTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ IMPORTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ IMPORTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ IMPORTE \_\_\_\_\_

     **PAGUE FACTURAS DIRECTAMENTE A LOS PROVEEDORES**

NOMBRE DE LA PERSONA O EMPRESA	FECHA	IMPORTE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

     **¿HA ESTADO PROVOCANDO ALIMENTOS, REFUGIO, TRANSPORTE, ARTÍCULOS PERSONALES Y/O NECESIDADES DOMÉSTICAS, ETC., SI SE REVISÓ QUÉ SE PROPORCIONÓ Y EN QUÉ MESES?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Planean continuar con este apoyo? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA.**

SU FIRMA: \_\_\_\_\_

IMPRIME TU NOMBRE: \_\_\_\_\_

SU DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TU NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

SU RELACION AL CLIENTE: \_\_\_\_\_

## **Política de Fraude de Atención Médica para Indigentes del Condado de Navarro**

La Sec. 61.043 requiere que un condado adopte procedimientos razonables para minimizar la oportunidad de fraude.

El Condado de Navarro adopta la siguiente política:

Proporcionar información falsa o engañosa se considerará fraude, si se determina que existe fraude, se le negará la elegibilidad futura a la persona y se le exigirá que reembolse al condado todo el dinero pagado por reclamaciones.

Dichos casos serán reportados a la oficina del Auditor y del Fiscal de Distrito del Condado de Navarro para una mayor investigación y/o enjuiciamiento.

Reconocimiento de la Política:

Por la presente, entiendo que, al firmar este formulario, reconozco que he recibido una copia de la Política de Atención Médica para Indigentes del Condado de Navarro.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **Divulgación de información para indigentes del condado de Navarro**

Con el fin de eliminar el fraude, es política del Indigente del Condado de Navarro investigar y verificar la información con respecto al procesamiento de su solicitud para el Cuidado de la Salud para Indigentes del Condado de Navarro.

Autorizo la divulgación de cualquier información solicitada por las siguientes agencias, entidades o individuos enumerados con el fin de procesar mi solicitud para Navarro County Indigent Healthcare. Este comunicado también autoriza a los representantes de Navarro County Healthcare a solicitar la verificación de la información que he proporcionado en mi solicitud de Indigent Healthcare.

- El estado de Texas y cualquier departamento o subdivisión del estado de Texas, incluidos, entre otros, los siguientes:
  - ✓ Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas
  - ✓ Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas
  - ✓ Procurador General de Texas
  - ✓ Departamento de Servicios Familiares y de Protección
  - ✓ Comisión de la Fuerza Laboral de Texas
  - ✓ Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación al Trabajador
  
- El Condado de Navarro y cualquier departamento o subdivisión del Condado de Navarro, incluidos, entre otros, los siguientes:
  - ✓ Supervisión Comunitaria y Correccionales del Condado de Navarro
  - ✓ Oficina del Sheriff del Condado de Navarro
  - ✓ Oficina del Secretario del Condado de Navarro
  - ✓ Oficina del Secretario del Distrito del Condado de Navarro
  - ✓ Oficina de Impuestos del Condado de Navarro
  
- Administración de Veteranos
- Administración del Seguro Social
- Servicios de Impuestos Internos
- Cualquier centro médico
- Cualquier compañía de seguros
- Cualquier organización benéfica

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA INDIGENTES DEL CONDADO DE NAVARRO**

### **ENTIENDO QUE, COMO CLIENTE DE IHC (PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA INDIGENTES)**

- Reportar a IHC menos de 14 días si mis ingresos cambian, si me mudo o si hay nuevos miembros en mi hogar. Cualquier nuevo trabajo, nuevo ingreso o dinero recibido debe ser reportado. Si no informo un cambio que me descalifica para los servicios, tendré que pagar por esos servicios o podría enfrentar cargos legales.
- Informar si solicito Seguro Social por Discapacidad, o si hay algún cambio en mi caso de SSI o SSDI.
- Ir solo a mi médico de atención primaria a menos que él/ella me remita a un especialista y la referencia haya sido aprobada por el programa. Entiendo que ver a un especialista por mi cuenta resultará en que yo sea responsable de esos cargos.
- Consulte a mi médico de atención primaria para situaciones que no sean de emergencia.
- Usaré la sala de emergencias solo para verdaderas emergencias.
- Siempre llame con anticipación para hacer una cita con mi médico y siga las instrucciones del médico.
- Tomaré mi medicamento según las instrucciones.
- Seguiré las dietas y restricciones recomendadas, es decir, no fumar productos de tabaco, drogas ilegales y alcohol.
- Entiendo que el programa pagará solo 3 recetas cada mes calendario, solo para 30 días de suministro. Algunos medicamentos están restringidos y se recomiendan medicamentos genéricos.
- Las reclamaciones por servicios médicos prestados fuera del estado de Texas no serán pagadas por Navarro County Indigent Health.
- El Condado de Navarro no paga el tratamiento ni los confinamientos hospitalarios por abuso o sobredosis de drogas o alcohol. Las lesiones autoinfligidas o el abuso tampoco están cubiertos.
- La IHC del Condado de Navarro NO paga: medicamentos que se pueden comprar sin receta, medicamentos restringidos (pagados, psiquiátricos, de estilo de vida), servicios de ambulancia (a menos que sea una transferencia de Navarro Regional), atención dental, oftalmológica, prenatal e inmunizaciones disponibles en el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas.
- El programa cubrirá hasta \$30,000 en facturas médicas O hasta 30 días en el hospital cada año fiscal, lo que ocurra primero.

**He leído la información anterior y me he dado la oportunidad de hacer preguntas.**

**Entiendo y estoy de acuerdo con lo dicho anteriormente.**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**