Houston Department of
Health and Human Services

Your Eligibility Packet

Paquete de Elegibilidad

Houston Department of
Health and Human Services

Departamento de Salud y Servicios Humanos de la Ciudad de Houston

Revised 6/04 HDHHS

Houston Department of Health and Human Services

Your Eligibility Packet

Dear Customer:

Welcome to the Houston Department of Health and Human Services. We look forward to serving you! In order for us to provide you with services, you are required to complete an eligibility process.

To start the process:

- ***Read the entire packet before filling out the forms.***
- Fill out the **Registration Form** and
- Fill out the **HDHHS Client Fact Sheet.**

If you don't have a job

- Fill out the eligibility verification for medical/dental services, sign the form and get a witness to sign

If you are self-employed and do not file taxes

- Fill out the eligibility verification for medical/dental services, sign the form and get a witness to sign

If you are separated from your spouse or are supported by someone other than your spouse

- Fill out the eligibility verification for medical/dental services, sign the form and get a witness to sign

If you do not have a proof of residency

- Fill out the declaration of residency form

If you do not have proof of income

- Get the Wage Verification Letter completed by your employer

Bring proof of the following (see the eligibility checklist for acceptable forms)

Identification
Proof of Address in Texas
Number of people in your family's household
Income
Insurance coverage or medicaid card

You may complete eligibility by bringing your completed packet and necessary documents to a health center in person for a Walk-In Appointment. Failure to provide these documents may result in a delay in your medical appointment. Walk-In Customers are seen on a first come, first served basis. Please call **(713) 794-9999** for the eligibility schedule or call the health center.

If you have questions about eligibility, call the eligibility screener at one of the following health centers:

La Nueva Casa de Amigos
1809 N. Main
Houston, TX 77009
(713) 547-8000

Lyons
5602 Lyons Ave.
Houston, TX 77020
(713) 671-3000

Northside
8523 Arkansas
Houston, TX 77093
(713) 696-5900

Magnolia
7037 Capitol
Houston, TX 77011
(713) 928-9800

Riverside or Sunnyside
9314 Cullen
Houston, TX 77051
(713) 732-5000

West End
190 Heights Blvd.
Houston, TX 77007
(713) 866-4100

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Houston

Paquete de Elegibilidad

Estimado Cliente:

Bienvenido al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Houston. Esperamos poder servirle!
Para poder provéerle a usted de los servicios, se requiere que usted complete un proceso de elegilibilidad.

Para comenzar el proceso:

- **Leer el paquete entero antes de empezar a llenar las formas.**
- Llenar el **Formulario de Registración y**
- Llenar La **Hoja de Datos del Cliente de HDHHS.**

Si, usted no tiene trabajo

- Llenar la verificación de elegilibilidad para los servicios médicos / dentales, firmar la forma y conseguir la firma de un testigo

Si usted trabaja por su cuenta y no declara impuestos

- Llenar la verificación de elegilibilidad para los servicios médicos / dentales, firmar la forma y conseguir la firma de un testigo.

Si, usted está separado de su esposo ó es mantenida por otra persona que no sea su esposo

- Llenar la verificación de elegilibilidad para los servicios medicos/ dentales, firmar la forma y conseguir la firma de un testigo.

Si, usted no tiene comprobante de que vive en Houston

- Llenar la forma de declaración de domicilio

Si, usted no tiene prueba de ingreso

- Obtener la Carta de Verificación de Salario completada por su empleador.

Traer comprobante de lo siguiente
(Ver la lista de elegibilidad de las formas que son aceptadas)

Identificación
Comprobante de domicilio en Texas
Número de personas en su familia
Ingreso
Cobertura de Aseguranza ó Tarjeta de Medicaid

Puede obtener su elegilibilidad al traer el paquete completo y los documentos necesarios a su centro de salud en persona Sin- Previa Cita. El no proveer estos documentos puede resultar en el retraso de su cita médica. Clientes Sin- Cita seran vistos en el orden de llegada, en base al primero que llegó. Favor de hablar al **(713) 794-9999** para el horario de elegilibilidad ó hablar al centro de salud.

SI, tiene alguna pregunta sobre la elegilibilidad, Hablé con alguno de los encargados de elegilibilidad en alguno de los siguientes centros de salud.

La Nueva Casa de Amigos
1809 N. Main
Houston, TX 77009
(713) 547-8000

Lyons
5602 Lyons, Ave
Houston, TX 77020
(713)671-3000

Northside
8523 Arkansas
Houston,TX 77093
(713) 696-5900

Magnolia
7037 Capitol
Houston, TX 77011
(713)928-9800

Riverside or Sunnyside
9314 Cullen
Houston, TX 77051
(713)732-5000

West End
190 Heights
Houston, TX 77007
(713)866-4100

Houston Department of Health and Human Services

Eligibility Checklist

You have been scheduled for an eligibility / medical appointment on

Date:_____

Time:_____

Location:_____

In order to establish your eligibility, you will need to bring proof for the following categories to your appointment.

1. Identification *(Bring one for yourself and a copy of ID for your spouse)*

- ☐ Current Texas Drivers License or Texas Identification Card
- ☐ Current Student ID with Picture
- ☐ Passport with Picture (unexpired)
- ☐ U.S. Immigration Documents with Picture (unexpired)
- ☐ Consulate ID
- ☐ Government Issued ID (unexpired)

2. Texas Residency I Proof of Address *(Note: Does not claim residency in any other state or county)*
At least one of the following items is required.

- ☐ Current Texas Drivers License or Texas ID
- ☐ Current Texas Voter Registration Card
- ☐ Motor vehicle registration
- ☐ Utility Bill (Telephone, Water, HL & P, Entex, Cable) * I
- ☐ School records
- ☐ Texas Medicaid cards * I
- ☐ Property tax receipt
- ☐ Apartment Lease Agreement
- ☐ Consulate ID
- ☐ Declaration of Residency Form * 2

**1 Indicates-Information must be within last 30 days*
**2 This form is included*

Eligibility Checklist

3. Family Compositionl/Dependents

(***Note:*** *Assessment of income eligibility relies on an accurate count of family members).*

One or more of the following items is required to prove family composition (# of dependents):

- ☐ Birth Certificate *(For each family member/dependent)*
- ☐ Baptismal Certificate (For each family member/dependent)
- ☐ School Registration Documents (For each family member/dependent)
- ☐ Copy of Offical School Enrollment Form
- ☐ Divorce Decree or Separation Verification Form
- ☐ Any document which shows parent (guardian)-child relationship
- ☐ Infant Birth Record (under 1 year of age)

4. Family Income *(All sources of earned and unearned income will be included.)*

Any of the following is considered documentation for proof of earned income: (for you and your spouse)

- ☐ Last four check stubs showing date, employee name, employer, gross earnings (or, last two check stubs, if paid biweekly; or one if paid monthly)*1
- ☐ Sworn HDHHS Wage Verification Form signed by employer*2
- ☐ Pension allotment award letters
- ☐ Domestic relation printouts of child support
- ☐ Letter of support*2
- ☐ Unemployment benefits statement or letter from Texas Employment Commission
- ☐ Self-Employment Letter*2
- ☐ Workmen's Compensation Letter
- ☐ Bank Statement or any other form of income to verify living off savings *
- ☐ Current IRS 1040 for self-employed only

Any of the following are considered documentation or proof of unearned income:

- ☐ Current Award Letter
- ☐ Court Order
- ☐ Public Decree to verify support payments

5. Insurance Coverage

You must bring private health insurance cards (insurance provided by your and/or your spouse's job) or plan information if you currently have healthcare insurance. Also bring your current Medicaid or CHIP card.

Failure to Provide the required documentation may result in a delay in your medical care.

*1 *Indicates-Information must be within last 30 days*

*2 *This form is included*

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Houston

Lista de Elegibilidad

Usted tiéne cita de elegibilidad I cita médica

Dia:_____

Hora:_____

Localidad:_____

Para poder establecer elegibilidad, necesita treer ciertos documentos para comprobar los siguientes requisitos.

1. Identificación *(traiga uno de usted y una copia de indentificación de su esposo(a).*

- ☐ Identificación del Estado de Texas (ID)
- ☐ Identificación de estudiante (con foto)
- ☐ Pasaporte con foto (que no esté vencido)
- ☐ Documentos de Inmigración con fotos (que no se hayan vencido)
- ☐ Identificación del Consulado (matricula consular)
- ☐ Identificación Por El Govierno (que no se haya vencido)

2. Residenciå de Texas / Prueba De Domicillo *(**Nota:** nose aceptarán pruebas de residenciá de otro estado o condado)*

Por favor presente uno de los siguientes documentos

- ☐ Licencia de Conductor de TX ó identificación de TX
- ☐ Registro de votante de Tejas
- ☐ Registro de vehiculo
- ☐ Boletas de pago de (Télefono, Luz, Gas ó Cable) *1
- ☐ Documentos Escolares
- ☐ Tarjetas de Medicaid de Texas *1
- ☐ Recibo de impuestos de propiedad
- ☐ Acuerdo ó comprobante de renta de su casa ó apartamento
- ☐ Identificación del consulado *(matricula consular)*
- ☐ Formulario de Declaración de Residencia *2

**1 Indica la información debe ser actual (menos de los 30 dias)*
**2 Este formulario esta incluido*

Lista de Elegibilidad

3. **Composición de familia / dependes** *(Nota: La asesoria de la elegibidad depende de cuenta exata de miembros de familia)*

Uno ó más de los siguientes articulos se requieren para comprobar los miembros de familia o dependes:

- ☐ Certificado de nacimiento *(para cada uno de los miembros de familia)*
- ☐ Certificado de Bautizmo *(para cada uno de los miembros de familia)*
- ☐ Documentos de Registracion Escolares
- ☐ Acta de divorcio ó separación
- ☐ Copia de Formulario Oficial de Matricula Escolas
- ☐ Cualquier documento válido que demuestre la relación de padre / guardián con el hijo
- ☐ Certificado de Nacimiento de recién nacido (menos de un año de edad)

4. **Entradas de Sueldo de la faimilia** *(todas las fuentes de ganancia necesitan ser incluidas)*
Cualquiera de lo siguientes es considerado documentación que prueba su ingreso obtenido: (para usted y su pareja).

- ☐ Los cuatro ultimos talones de cheques, con el nombre del empleado, compañia, total de las ganancias, *(ó por lo menos los dos ultimos talones de cheques si recibe el pago cada quince dias ó un talón de cheque si se le paga una vez al mes)* *1
- ☐ Verificación de salario jurado y ortorgado por la compañia *2
- ☐ Cartas de pensión concedidas
- ☐ Reportes de la relación de ayuda del niño
- ☐ Carta de ayuda*2
- ☐ Carta de beneficios de desempleo proveida por la Comisión de Trabajo de Texas
- ☐ Carta de Trabajo de uno mismo *2
- ☐ Carta de compensación si no trabaja debido a un accidente laboral
- ☐ Reportes de cuenta bancaria *1
- ☐ Formulario #1040 de IRS unicamente si esta empleado por si solo

Los siguientes son considerados documentación o prueba de salarios no recibidos

- ☐ Carta actual de concesión
- ☐ Orden Juridica ó de corte
- ☐ Decreto público para verificar el pago de ayuda

5. **Cobertura de Seguro**
Usted deberá traer la tarjeta de su seguro médico *(seguro proveido por su lugar de trabajo)* también traiga su tarjeta ó carta de Medicaidó CHIP actualizada.

El no proporcionar la documentación repuerida retrasará su asistencia médica.

*1 *Indica la información debe ser actual (menos de los 30 dias)*
*2 *Este formulario esta incluido*

Houston Department of
Health and Human Services

General Information for Dental Services

DENTAL INTERVIEW SITE:

There is dental eligibility at La Nueva Casa de Amigos, 1809 N. Main, Room 134, 713-547-8012, Monday through Friday.

Eligible persons will be issued a City Dental Card. Please take your card in person to the Dental Clinic of your choice to schedule an appointment.

Children, 1 through 21 years of age, who have Medicaid (Title XIX) coverage, do not need a City Dental card. They may make appointments by taking the current Medicaid card (Form #3087) to the Dental Clinic of their choice.

All pregnant women, who enrolled in the City of Houston Maternity Clinics, are eligible for one dental visit without a City Dental card. If additional services are necessary, a City Dental card is required.

DENTAL CLINIC SITES

La Nueva Casa de Amigos
1809 N. Main
Houston, TX, 77009
713-547-8076

Lyons Health Center
5602 Lyons
Houston, TX, 77020
713-671-3024

Northside Health Center
8523 Arkansas
Houston, TX, 77093
713-742-1320

West End Health Center
190 Heights
Houston, TX, 77007
713-866-4108

Departamento de Salud y
Servicios Humanos de Houston

Information Para Servicios Dentales

LUGAR DE ENTREVISTA DENTAL:

Hay eligibilidad dental en La Nueva Casas de Amigos, 1809 N. Main, La Sala de 134, 713-547-8012, Lunes por Viernes.

Personas elegibles recibián una Tarjeta Dental de la Ciudad que se usa para servicios en las Clinicas Dentales de la Ciudad. No olvide llevar su Tarjeta Dental de la Ciudad cuando vaya para hacer cita.

Niños y jovenes de 1 año hasta los 21 años de edad que tienen el seguro de Medicaid (Title XIX) no necesitan la Tarjeta Dental de la Ciudad. Las citas se pueden hacer usando la tarjeta de Medicaid.

Toda mujer embarazada que usas la Clinica de Maternidad de la Ciudad es elegible pata una cita sin Tarjeta Dental de la Ciudad. Para más servicios es necesario tener la Tarjeta Dental de la Ciudad.

LUGARES DE CLINICAS DENTALES

La Nueva Casa de Amigos
1809 N. Main
Houston, TX, 77009
713-547-8076

Lyons Health Center
5602 Lyons
Houston, TX, 77020
713-671-3024

Northside Health Center
8523 Arkansas
Houston, TX, 77093
713-742-1320

West End Health Center
190 Heights
Houston, TX, 77007
713-866-4108

ADDRESSOGRAPH

Houston Department of
Health and Human Services

PATIENT REGISTRATION FORM

FOR HEALTH CENTER USE ONLY:

Health Center Code:_____ Patient ID Number:_____ Registration Date:_____

Chart Location:_____ Eligibility Code:_____

PLEASE COMPLETE FORM BELOW THIS LINE:

Patient Name: _____
Last First MI Maiden

Date of Birth:_____ **Soc. Sec. #:**_____

(Please check)
Sex: ☐Male ☐Female **Race**: ☐White ☐Black ☐Hispanic ☐Am. Ind. ☐Asian ☐Other

Preferred Language: _____

Address: _____
Number Street Apt. # City Zip

Home Phone: ( ) _____ **Work Phone:** ( ) _____

Marital Status: (check one) ☐Married ☐Single ☐Divorced ☐Separated

IN CASE OF EMERGENCY WHO SHOULD BE NOTIFIED?

Name:_____ **Relationship:**_____

Home Phone: ( ) _____ **Work Phone:** ( ) _____

HOW MAY WE CONTACT YOU?: (please check)
☐Home Phone ☐Work Phone ☐Letter ☐Home Visit ☐Do not contact

FOR CHILDREN ONLY
Name of Parent/guardian: _____

FINANCIAL INFORMATION - ATTENTION: FAILURE TO COMPLETE THIS INFORMATION WILL RESULT IN A FULL PAY SERVICE FEE.

Family Size: (Number in Household)_____ Gross Income per month: (All wage earner's income total) $_____

OTHER SUPPORT (Check all responses that apply)

☐Harris County Hospital District Gold Card #_____ Exp. Date_____ Elig. Code_____
☐SSI ☐WIC ☐Social Security ☐Food Stamps
☐Medicare #:_____ Medicaid/Recipient #: _____

The in formation that I have provided is correct to the best of my knowledge: I understand that if I report false information concerning my income and family size, and therefore attempt to obtain services at discount rates for which I am not eligible, I can be prosecuted under applicable state and federal laws.

Patient / Guardian signature:_____ Date:_____

ADDRESSOGRAPH

Houston Department of
Health and Human Services

FORMULARIO DE REGISTRACION DEL PACIENTE

USO PARA EL CENTRO DE SALUD SOLAMENTE:

Health Center Code:_____ Patient ID Number:_____ Registration Date:_____

Chart Location:_____ Eligibility Code:_____

POR FAVOR COMPLETAR EL FORMULARIO DEBAJO DE ESTA LINEA

Nombre del Paciente:_____

Apellido Nombre Inicial Nombre de Soltera

Fecha de Nacimiento:_____ **# Del Seguro Social:**_____

(Por Favor Chequear)

Sexo: ☐Masculino ☐Femenino **Raza:** ☐Blanco ☐Negro ☐Hispano ☐Indio Americanos ☐Asiatico ☐Otro

Idioma Preferido: _____

Dirección: _____

Número Calle Apartamento Ciudad Zip

Teléfono de la casa: _____ **Teléfono del Trabajo:**_____

(Por Favor Chequear)

Estado Marltal: ☐Casado ☐Soltero ☐Divorciado ☐Viudo ☐Separado

EN CASO DE EMERGENCIA A QUIEN SE LE DEBE NOTIFICAR?

Nombre:_____ **Parentesco:**_____

Teléfono de la casa: ( ) _____ **Teléfono del Trabajo:** ( ) _____

COMO PODEMOS COMUNICARNOS CON USTED?

☐Teléfono de la casa ☐Teléfono del Trabajo ☐Carta ☐Visita de Casa ☐No Comunicarse

PARA NINOS SOLAMENTE:

Nombre del Padre/Guardian:_____

INFORMACION FINANCIERA - ATENCION: FRACASO EN COMPLETAR ESTA INFORMACION RESULTARIA EN PAGO COMPLETO DE SERVICIO.

Tamaño de la Familia: (Número en la Casa)____ Suma Total de Ingreso por Mes: (Todo Ingreso de Sueldo Total) $_____

OTRO SOPORTE (Chequear todas las respuestas que se aplican)

☐Distrito del Hospital de Harris # Tarjeta Dorada:_____ Fecha de Vencimiento:_____

Código de Elegibilidad:_____ ☐AFDC ☐SSI ☐WIC ☐Seguro Social ☐Estampillas de Comida

☐# Medicare: _____ # Recipiente de Medicaid: _____

La información que yo he proveído es correcta en lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que si yo reporto información falsa concerniente a mis ingresos y tamaño de la familia, y por lo tanto atentar de obtener servicios a precios reducidos

Firma del Paciente / Guardián:_____ Fecha:_____

Revised 6/04 HDHHS

Houston Department of
Health and Human Services

CLIENT FACT SHEET

PART I – GENERAL INFORMATION

Name (Last, First, Middle)	Social Security Number	Marital Status o Married o Single o Separated o Divorced	Date of Birth	Age
Residence Address (Street, Apt. No., City, State, Zip Code)		County of Residence	Telephone Number ( )	
Mailing Address (if different from above)		Name of Legally Responsible Adult		

PART II – INCOME ELIGIBILITY DETERMINATION

1. What is your monthly gross income? _____

   Are you paid hourly? _____ If yes, how much are you paid an hour? _____

   How many hours per week do you work? _____

2. What is your spouse's monthly gross income? _____

   Is he/she paid hourly? _____ If yes, how much is he/she paid and hour? _____

   How many hours per week does he/she work? _____

3. What is the total value of cash / checking / savings accounts of all family members? _____

4. Do you / Does your spouse / Do your children receive any of the benefits listed below: List name (s)

   Medicaid: Yes ____ No ____ Name (s) _____

   Medicare: Yes ____ No ____ Name (s) _____

   County Indigent HCP Yes ____ No ____ Name (s) _____

   WIC: Yes ____ No ____ Name (s) _____

   Unemployment: Yes ____ No ____ Amount $____ Name (s) _____

   SSI: Yes ____ No ____ Amount $____ Name (s) _____

   V.A. Benefits: Yes ____ No ____ Amount $____ Name (s) _____

   Workmen's Compensation: Yes ____ No ____ Amount $____ Name (s) _____

5. Do you pay child care expenses? Yes ____ No ____ , If yes, what is the amount? _____

6. How many children do you have _____

PART III – FAMILY COMPOSITION

Houston Department of Health and Human Services

CLIENT FACT SHEET

Are you pregnant? Yes __

Complete the chart below:

Name	Birth	Age	SS #	Relationship	Check which apply to each person		
					US Citizen	Eligible Alien	Other
				Self			
				Spouse			
				Child			
				Child			
				Child			
				Child			
				Child			
				Child			
				Child			
				Child			
				Child			
				Child			
				Child			
				Child			
				Child			
				Child			

7. Do all family members listed reside in Texas? Yes ____ No ____

8. Do you have health insurance or receive any income assistance? Yes ____ No ____

How may we contact you? (please check) Home Phone ____ Work Phone ____ Mail ____ Home Visit ____ Do Not Contact ____

Signature _____ **Date** _____ **(person completing form)**

Revised 6/04 HDHHS

Houston Department of
Health and Human Services

HOJA DE DATOS DEL CLIENTE

PARTE I – INFORMACION GENERAL

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Número de Seguro Social	Estado Civil o Casado o Soltero o Separado o Divorciado	Fecha de Naciento	Edad
Dirección (Calle, Numero de Apartamento, Ciudad, Estado, Codigo Postal)		Condado de Residencia	Número de Télefono ( )	
Dirección de correo (si es diferente a la de arriba)		Nombre del Adulto Legaimente Responsable		

PARTE II – DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

1. ¿Cuál es su ingreso mensual integro? _____?

   ¿Le pagan por hora? _____ ¿Si contesto que si, cuánto le pagan por hora? _____

   ¿Cuánta horas por swmana trabajo? _____

2. ¿Cuál es el ingreso mensual integro de su esposo(a)? _____

   ¿Le pagan a él/ella por hora? _____ ¿Si contesto que si, cuanto le pagan por hora? _____

   ¿Cuántas horas trabaja por semana el/ella? _____

3. ¿Cuál es valor total de dinoro en efectivo/cheques/cuenta de ahorro de toda su familia? _____
4. ¿Reciben usted/su esposo / sus hjos alguno de los beneficios anotados abajo? Escriba el nombre(s)

   Medicaid: Si ____ No ____ Nombre(s) _____

   Medicare: Si ____ No ____ Nombre (s) _____

   Indigente del Condado HCP SI ____ No ____ Nombre (s) _____

   WIC: SI ____ No ____ Nombre(s) _____

   Desempleado: SI ____ No ____Cantidad $____ Nombre(s) _____

   SSI: SI ____ No ____ Amount $____ Nombre (s) _____

   Deneficios de veteranos: SI ____ No ____Cantidad $____ Nombre(s) _____

   Compensación de Desempleo: SI ____ No ____ Cantidad $____ Nombre(s) _____

5. ¿Paga usted para el cuidado de su hijos? SI ____ No ____ ¿Si contesto que si, cuál es la cantida? _____

6. ¿Cuántos hijos tiene? _____

PARTE III - COMPOSICION DE LA FAMILIA

Houston Department of Health and Human Services

Esta usted embarazada? Si __ No ___

Complete el esquema de abajo: **HOJA DE DATOS DEL CLIENTE**

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	SS #	Parentezco	Marque lo que aplica a cada persona		
					Ciudadano Americano	Extranjero Legal	Otro
				Usted			
				Esoso			
				Hijo			
				Hijo			
				Hijo			
				Hijo			
				Hijo			
				Hijo			
				Hijo			
				Hijo			
				Hijo			
				Hijo			
				Hijo			
				Hijo			
				Hijo			
				Hijo			

7. ¿Todos los miembros de su familia en la lista residen en Texas? Si ____ No ____

8. ¿Tiene usted seguro médico o recibe ayuda financiera? Si ____ No ____

¿Como podemos comunicarnos con usted? (Favor señale) Telefóno de Casa_____ Telefóno de trabajo _____ Correo____ Visita a su casa ____ No communicarse ____

Firma _____ **Fecha** _____ **(persona que lleno estee formulario))**

Revised 6/04 HDHHS

ELIGIBILITY VERIFICATION FOR MEDICAL/DENTAL SERVICES

Houston Department of Health and Human Services

Date: _____ Name: _____ Address: _____

If you are unemployed, complete the information below:

I _____ (your name) am unemployed. My income per month is $_____, which is from _____ (source of income). Additional monthly income for my immediate family comes from _____ (source) and total $_____ per month. I (we) have no other source of income, including savings, real property, or rental property. My last employer was:

Company Name _____ Address _____ Telephone No._____

If you are self – employed and do not file taxes, complete the information below:

INCOME VERIFICATION ☐ Self – Employed

Company Name / Employer _____ Address _____

I, _____ (Client's Signature), acknowledge that I have been employed since _____, as a _____. My income is $ _____ per month, and I will verify this with a bookkeepers statement, 1040 (last year's Tax Return, or a current bankers statement. I, _____, do solemnly swear and affirm that the above data I have provided is true and correct and that I have reviewed this statement and it accurately reflects the information that I have provided. I acknowledge that this information was given for the purpose of securing eligibility for Family Health/Dental Services.

Witness_____(Name, Address, Telephone #)

If you are separated from your spouse, complete the following below:

I, _____ (your name) acknowledge that I have been separated for _____ (duration) from _____ (spouse name), who lives at (address) _____ My spouse provides me with $ _____ (monthly).

If you are supported by someone other than your spouse, the person who supports you must complete the following information:

I, _____ (Supporter), hereby acknowledge that I have been, the sole supporter of _____ _____ (Patient's Name) and provide him / her with living accommodations, food and all other vital necessities. He / she has been unemployed for the last _____ month (s) because _____. I further acknowledge that the person named above is my _____ (Mother, Father, Son, Daughter, Other). I, _____ (Supporter's Signature / Date) do solemnly swear and affirm that the above data I have provided is true and correct and that I have reviewed this statement and it accurately reflects the information that I have provided. I acknowledge that this information is given for the purpose of securing eligibility for Family Health/Dental Services.

If you are a housewife, complete the following information below

I, _____ (Your name) am a housewife. I do not earn income outside my home. The last day I worked was _____. I am not on a leave of absence from my job. I have been a housewife for the following length of time: _____. My source of support is_____.

I, _____(client name) do solemnly swear and affirm that the above information is true, correct, and complete to the best of my knowledge. I understand that giving false information could result in disqualification and repayment to the program.

_____Client Signature, Address, Telephone #

For office Use Only

Family size: _____ Family Income:_____ Pay Code: _____ Gold Card: _____

VERIFICACIÓN PARA ELEGIBILIDAD DE SERVICIOS MEDICOS/DENTALES

Houston Department of Health and Human Services

Fecha: _____ Nombre: _____ Dirección: _____

Si esta desempleado, llene la siguiente información:

Yo,_____ (su nombre) estoy desempleado. Mi ingreso por mes es $_____, el cual proviene de _____

(de que es el ingreso). Ingreso adicional de mi familia inmediata proviene de _____ (de que es) y el total es $_____ por mes. Yo (nosotros) no tengo (tenemos) otros ingresos, incluyendo ahorro, propiedades o propiedades rentables. Mi último empleador fue: Nombre

de la Compañía _____ Dirección _____Número de Teléfono _____

Si esta empleado por si solo y no declara impuestos, llene la siguiente información:

Yo, _____ (su firma) he trabajado desde _____ (fecha) como _____ (profesión). Mis

ingresos por mes son de $_____ y (lo/nolo) puedo verificar con un libro de contabilidad, declaración de impuestos reciente o cuenta en el banco

etc.) Yo, _____, juró y afirmó que la información arriba que yo he proporcionado es la verdad y correcta y que he leído esta

declaración y refleja la información que he proporcionado. Yo reconozcó que está información se entregó con el próposito de asegurar la eligibilidad para los Servicios Dentales ó de Salud Familiar.

Testigo _____ (Nombre, Dirección y Número de Teléfono)

Si usted esta separada(o) de su esposo (a), llene la siguiente información:

Yo, _____ (su nombre) afirmó que he estado separada(o) por _____ (duración) de _____

_____(nombre de esposo(a), que vive en la dirección _____. Mi esposo(a) me da $ _____ mensualmente.

Si usted recibe ingresos de alguna otra persona que no es su esposo(a), esa persona debe llenar la siguiente información:

Yo, _____ (nombre) reconozcó que solo yo he mantenido a _____ (nombre de cliente) desde

_____. Yo le proporciono cuarto o hospedaje, comida u otras necesidades. Ella/El ha estado desempleada(o) durante los ultimos

_____ (cantidad) meses por la razon de que _____.

Mi parentesco con el / ella es _____ (Madre, Padre, Hija, Hijo, Otro). Yo, _____, juró y afirmó que la información arriba que yo he proporcionado es la verdad y correcta y que he leído esta declaración y refleja la información que he proporcionado. Yo reconozcó que está información se entregó con el próposito de asegurar la eligibilidad para los Servicios Dentales ó de Salud Familiar.

Testigo _____ (Nombre, Dirección y Número de Teléfono)

Yo, _____, juró y afirmó que la información arriba que yo he proporcionado es la verdad y correcta y que he leído esta declaración y refleja la información que he proporcionado. Yo reconozcó que está información se entregó con el próposito de asegurar la eligibilidad para los Servicios Dentales ó de Salud Familiar.

Si usted es ama de casa, liene la siguiente información:

Yo, _____ (Su nombre) soy ama de casa y no obtengo ningun ingreso adentro o fuera de mi casa. El

ultimo dia que rabaje fue_____. No estoy ausente del trabajo con permiso. He sido ama de casa por el siguiente tiempo

_____. Mis recursos para mantenerme son_____.

Yo, _____ (Nombre de cliente) afirmo que la informcion arriba proporcionada es veradera, correcta y completa según mi leal saber y entender. Yo entiendo y accepto que al proporcionar información falsa puede resultar en que yo no califique y que tenga que devolver el pago al Programa.

_____Firma de Cliente / Dirección / Teléfono

For office use only:

Family size: _____ Family Income:_____ Pay Code: _____ Gold Card: _____

TDH

TEXAS DEPARTMENT OF HEALTH

Case Number _____

Date _____

DECLARATION OF RESIDENCY FORM

I _____ declare that I reside
(name of individual)

_____ _____
(address) (city, state)

and that I intend to stay in Texas.

Other members of my family residing at the same address are:

Name	Relationship

_____
Signature of Individual

_____
Date

PRIVACY NOTIFICATION
With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See http://www.tdh.state.tx.us for more information on Privacy Notification. (Reference: Govemment Code, Section 552.021. 552.023. 559.003 and 559.004)
Niimero de caso

TDH
TEXAS DEPARTMENT OF HEALTH

Número de caso _____

Fecha _____

FORMA PARA DECLARACIÓN DE RESIDENCIA

Yo_____declaro que residido en
(nombre de la persona)

_____ _____
(dirección) (ciudad, estado)

y que yo tengo la intención de quedarme en Texas.

Otros miembros de mi familia que residen en la misma dirección son:

Nombre	Parentesco

_____
Firma de la persona

_____
Fecha

NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD

Tan solo por unas cuantas excepciones, usted bene el derecho de solicitar y de ser informado sabre la informacion que el Estado de Texas Feune sabre usted. A ustedse le debe conceder el derecho de recibir y revisar la informacion al requerirla. Usted tambien tiene el derecho de pedir que la agencia estatal comja cualquier informacion que se ha determinado sea incorrecta. Dirijase a http://www.tdh.state.tx.us pam mas informacion sabre la Notificación sabre privacidad. (Referencia: Government Code, seccion 552.021. 552.023, 559.003 y 559.004)

Houston Department of
Health and Human Services

WAGE VERIFICATION LETTER

TO WHOM IT MAY CONCERN:

Your employee or a member of his / her family has applied for medical/dental services at one of the HDHHS Health Centers. To determine the status of his / her eligibility for these services, we must have verification of his / her gross income and employment status. With your employee's written authorization, please provide us with this requested information.

Please complete the items on the back of this form as soon as possible so that we can evaluate the household's situation. Please ensure all information you provide is accurate since it will affect someone's eligibility and benefits. If a question does not apply, mark it N /A. After completion, please give this form to your employee.

" I hereby authorize my employer to release the requested information regarding my income and employment status to the HDHHS."

Employee Signature

Thank you,

Departamento de Salud y
Servicios Humanos de Houston

CARTA DE VERIFICACION DE SALARIOS

A QUIEN CORRESPONDE:

Su empleado ó uno de los miembros de su familia han solicitado servicios médicos - dentales en uno de los centros de salud del Departamento de Salud y Servicios Humanes de Houston. Para determinar el estado de elegibilidad de el/ ella para estos servicios debemos tener verificación del ingreso integro de él /ella y su estado de empleó. Con la autorización de su empleado, favor de proporcionarnos está información requerida.

Favor de completar la forma al reverso lo más pronto possible para poder evaluar la situación de la familia. Favor de asegurar que la información es correcta ya que pudiese afectar la elegibilidad de alguién y sus beneficios. Si una pregunta no aplica, señalar N/A . Después de terminar de completar, favor de regresar este formulario con su empleado.

“ Yo autorizó a mi empleador que proporcione la información requerida sobre mi ingreso y estado de empleo”.

FIRMA DEL EMPLEADO

Gracias ,

Houston Department of Health and Human Services

WAGE VERIFICATION *(for Employees Use only)*

Date: _____ Employee's Name:_____ Employee's Social Security Number:_____

Employee's Address_____City_____State_____ Zip Code_____

Employee's Occupation:_____

1. Is the person named employed by you? Yes No
2. Hourly Wage: $
3. How often paid? Daily Weekly Every Two Weeks Twice Monthly Monthly
4. Is employee paid commission or tips? Yes No
5. Does employee receive overtime pay? Yes No
6. Does employee participate in a profit sharing stock purchase, or pension plan? Yes No
7. If Yes, what is the current value? $
8. Does the employee have health coverage? Yes No
9. Dependent coverage? Yes No

Name of Insurance Carrier:_____ HMO:_____ID#_____ Group # : _____Plan #_____

Mailing Address: _____City_____State_____ Zip Code_____

Telephone #_____

On the chart below, list gross wages of the employee for the last 30 days.

For New Employees			For Terminated Employees	
Date Hired			Date Terminated	
Date First Check Received			Reason For Terminated	
Average Number Hours Per Week			Date Final Check Received	
			Gross Amount	

Date Pay Period Ended	Date Employee Received Paycheck	Actual Hours	Gross Pay	Other Pay (e.g. tips, commissions)	EITC Advance

Comments (Will there be any changes in the next few month?): _____Name of Company or Employer:_____

Mailing Address: _____City_____State_____ Zip Code_____

Signature of Person Providing Information:_____ Title:_____

\Date:_____Telephone:_____

For Employer Use Only

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Houston

VERIFICACION DE SALARIOS *(Solamente para el uso del empleador)*

Fecha: _____Nombre del Empleado:_____Número de Seguro Social del Empleado:_____

_____Dirección del Empleado:_____Cuidad:_____Estado:_____ Código Postal:

_____

Profesion del Empleado:_____

1. La persona nombrada es su empleado? Si No
2. Salario por hora: $ _____
3. Cada cuándo se le pagá? Diario Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual
4. Se le pagá al empleado comisión ó propina? Sí No
5. Recibe el empleado pago por tiempo extra? Sí No
6. Participa él empleado en ganancia de compra de acciones ó plan de pensión? Sí No
7. Si contesto Sí, cuál es el valor actual? $ _____
8. Tiene el empleado cobertura Médica? Sí No
9. Cobertura de dependientes? Sí No

Nombre de la Aseguranza:_____ HMO:_____ID#_____ # Goupo : _____Plan #_____

Dirección de Correo: _____Cuidad_____Estado_____ Código Postal_____

Teléfono: _____

En la gráfica de abajo, anotar el ingreso integro del empleado en los últimos 30 días.

Para Nuevos Empleados			**Para empleados que Terminaron**	
Fecha que se contrató			Fecha que terminó	
Fecha que recibió primer cheque			Razon que terminó	
Promedio de Número de Horas Por Semana			Fecha que recibió ultimo cheque	
			Cantidad Total	

Fecha que Terminó el ultimo día de Pago	**Fecha que el Empleado Recibió el Cheque**	**Cuántas Horas**	**Pago Integro**	**Otros pagos*** **(e.g. propina,p comisiones**	**EITC Adelantado**

Comentarios (Habra algun cambio en los próximos meses)?: _____Nombre de compañia o empleador:_____

Dirección: _____Ciudad_____Estado_____ Código Postal_____

Firma de la Persona que esta proporcionando la información:_____Puesto:_____

Fecha:_____Teléfono:_____

Solamente para el uso del empleador

Houston Department of Health and Human Services

Notice of Eligibility and CoPay

Name:_____ Health Center:_____

Medical Record Number:_____ Date: _____

Screener's Name:_____ Eligibility Expiration Date: _____

Pay Code: _____

Your individual / family application for Title V / Title XX/Dental Services has been approved / denied *. If approved,

the services indicated can and will be provided beginning _____ (mm/dd/yy) to the persons listed. The copay, if applicable, is also listed. Please make sure that you bring the appropriate copay and surcharge with you to each appointment. Copay will not be waived.

Name	Date of Birth	Service	CoPay	Surcharge

You are responsible for renewing your eligibility prior to your Eligibility Expiration Date (see above).

*** Denied for following reason:**

____ **Overscale**

____ **Medicaid Recipient: Medicaid #** _____ ____ **Medicaid Pending - Exp Date** _____

____ **Referred to Medicaid - Exp Date** _____ ____ **Presumptive Eligibility Exp Date** _____

You must notify this office as soon as possible of any changes in your situation such as changes in income, property, family composition or address.

If a change occurs that makes you ineligible, and you fail to report the change as required, you may be responsible for payment of any medical services you receive after you become ineligible, or you may be subject to prosecution under the Texas Penal Code.

I further understand that a person who obtains, or attempts to obtain by fraudulent means, services to which he is not entitled, may be prosecuted under applicable state and federal laws.

Patient Signature _____ Date _____

Houston Department of Health and Human Services

Aviso de Elegibilidad y Pago

Nombre:_____ Cenro de Salud: _____

Numero de Archivo Médico:_____ Fecha: _____

Nombre de empleado:_____ Fecha de Vencimiento: _____

Codigo de Pago: _____

Su solicitud individual / familiar para el Titulo V/Titulo XX/Dentales Servicios ha sido aprobada / negada*. Si ha sido aprobada, los servicios indicados pueden y seran proveidos empezando _____ (mm/dd/yy) a las personas en la lista. El pago, si aplica tambien esta escrito. Por favor de traer la cantidad que corresponde a su pago y el Sobrecargo en cada cita. No se hara excepciones al no pagar.

Nombre	Feche de Nacimiento	Servicio	Pago	Sobrecargo

Usted es responsable de renovar su elegibilidad antes de que se llegue la Fecha de Vencimiento de Elegilidad (ver arriba).

*** Fue negado por las siguientes razones:**

____ **Sobre la escala** _____ **Pendiente Medicaid-Fecha de Vencimiento**_____

____ **Recibe Medicaid: Medicaid #** _____ _____**Elegibilidad Condicional-Fecha de Vencimieno**_____

____ **Referido por medicaid- Fecha de Vencimiento** _____

Usted deberá de notificar a esta oficina lo más pronto posible si hay alqún cambio de ingreso, propiedad, en la número de familia o el domicilio.

Si hay un cambio que lo hace inelegible, y no lo reporta como es requerido, ústed es responsable por el pagó de cualquiera de los servicios que recibió al ser no ser elegible, o usted puede ser de persecución bajo el codigo Penal de Texas.

Comprendo que la persona que obtenga o intente obtenar, por medio frudulentos servicios a los cuales no tiene derecho, puede ser acusado judiciaolmente bajo las leyes aplicables del estado y del gobiero federal.

Firma del Paciente _____ Fecha _____