TexCare Application Instructions

This application is for Children's Medicaid and the Children's Health Insurance Program (CHIP). To apply, please fill out the application, sign it, and attach copies of your proof of income and other information you may need to send. Mail the enclosed application and other proof in the self-addressed envelope provided (no stamp or postage required).

Note: You must complete the application process promptly (sign and date the application, turn in all of your proof for income and expenses). If you do not do this as quickly as possible, you may have to fill out a new application and start the process over again.

We must first determine if your children qualify for Medicaid before they can be considered for CHIP. Federal law does not allow children who qualify for Medicaid to enroll in CHIP.

Who can apply?

- Any adult age 18 or older who lives with the children
- Any children younger than 19 years of age, living on their own can apply for themselves

The person applying must:

- Live in the State of Texas
- Be responsible for the care of the children
- Live with the children more than half of the time

If the children do not live with you at least half of the time, call 1-800-647-6558 and ask us to mail an application to the children's other home.

1 Complete the application using blue or black ink. Please provide the information requested. Your Social Security Number (SSN) is not required to process your children's application for children's health care coverage.

2 Please fill out a column for every child, **who lives with you, even if you are not applying for health care for that child.** You may only apply for children that live in your home. If more than four children live with you, please give us the information about the additional children on a separate sheet of paper and attach it to this application. If you are younger than 19 and do not live with your parents, you can fill out this section for yourself.

You can apply for children who: 1) live in the State of Texas, 2) live with you more than half of the time, and 3) are younger than 19 years of age.

Line (c)
Please check the "Applying" box in each column under any child's name who needs health care coverage. If you do not need health care coverage for one of the children listed, please check the "Not Applying" box in the column under that child's name.

Line (d)
Please tell us the relationship to you of each child living in the home. Examples of answers include daughter, son, grandchild, or nephew. If you are not related to the child but the child lives with you, write "other." If you are applying for yourself, write "self."

Line (g)
Children who are legal permanent residents may qualify for these health insurance programs. If you are applying for a child who is a legal permanent resident, you **must** provide a **copy** of the **front and back** of the child's Resident Alien Card (I-551) or Arrival/Departure Form (I-94) to verify the child's legal permanent status.

We do not need information about the citizenship status for anyone not applying. We will not share any information you provide with the Bureau of Citizenship and Immigration Services (BCIS) and the BCIS **cannot** use this application or the enrollment of your children in Children's Medicaid or the Children's Health Insurance Program (CHIP) to deny you admission to the U.S., to harm your permanent resident status or to deport you.

Line (h)
We must have a Social Security Number (SSN) for each child for whom you are applying for health care coverage. If the child does not have a SSN, we **cannot** process your application until you mail us proof (a copy of Form SSA 2853 or Form SSA 5028) that you have applied for your child's SSN from your local Social Security office. If you need help applying for the child's SSN please call 1-800-772-1213. **We will not** give the Internal Revenue Service (IRS) or the BCIS your child's SSN.

Line (n)
This question is optional and used for statistical purposes only. If you choose to do so, please tell us the race for each child for whom you are applying for health care coverage. Please use African-American, American Indian, Anglo, Asian or Hispanic.

3 Please fill out a column for each child who lives with you.

Line (a)
Mark the box "Yes" if the child is currently covered by private health insurance. Please provide the name of the insurance company, name of the policy holder and the policy group number. If the health insurance is ending please provide the date it will end in the space provided.

Mark the box "No" if the child is not insured by private health insurance, or is covered by auto, worker's compensation, accident or sports-related, or Children with Special Health Care Needs (CSHCN) coverage.

If the child is not insured by private health insurance but had health insurance in the past 90 days, please mark the box that best states why the insurance was dropped and the date the insurance ended.

Line (b)
Your answer to this question will not affect your children's ability to qualify for Children's Medicaid or CHIP. We ask this because if your child is eligible for Children's Medicaid, you may be eligible for financial help for the insurance premium.

4 Please list all of the parents and step-parents **WHO LIVE WITH THE CHILDREN,** even if you already listed them in question 2. If you are **not** the children's parent or step-parent you do not need to list yourself in this section.

5 Please list all of the parents, step-parents and children's gross income in this section. If you are **not** the children's parent or step-parent you do not need to provide your income information. You must send proof of each income source. **Please do not send originals with your application, we cannot return them to you.**

6 Please complete this information for the family members listed on this application.

Line (a)
Mark the box "No" if none of the family members are pregnant.

Mark the box "Yes" if one of the family members is pregnant. This includes children for whom you are applying.

Line (b)
Please complete this section if any of the family members who live in the home pay for childcare or pay for disabled adult care in order for a family member to work or receive training.

Children's Medicaid considers certain expenses and may deduct part of them from your family's income. We must have proof of each expense before we can decide how much, if any, we can deduct from your family's income. CHIP does not deduct expenses from your family's income.

We will accept the following copies of your documentation as proof: receipts from the childcare center, company providing disabled care or canceled checks. **Please do not send originals with your application, we cannot return them to you.**

7 Please complete this section if any of the family members who live in the home pay child support and/or alimony to anyone living outside of your home.

Children's Medicaid may deduct the amount of child support or alimony any of the listed family members pay to anyone living outside of your home. CHIP does not deduct the amount from the family's income.

We must have proof and will accept copies of canceled checks and/or a statement from the Office of the Attorney General if the child support is paid through their office. **Please do not send originals with your application, we cannot return them to you.**

8 Please answer these questions about your assets if you are the children's parent or step-parent. If you are **not** the children's parent or step-parent, please answer these questions about the children's assets only. Your home and other property do not count as assets.

Line (a)
Please mark the box "Yes" if you have at least two vehicles worth more than $6,650 each. Mark the box "No" if you do not have more than one vehicle. Mark the box "no" if you only have only one car worth more than $6,650.

Line (b)
For the parents and/or children living in the home, please write the make, model and year for each vehicle your family has registered in their name or is buying. Please write "NA" in the table if your family does not have a vehicle registered in their name or is not buying a vehicle. You do not need to provide information for any vehicle you are leasing. Depending on your family's income, we may need to contact you to ask you more information about your vehicles. If we need to contact you for additional information about your vehicles, we will not be able to process your application until we receive it.

Line (c)
For the parents and/or the children that live in the home, please write in the total amount of money that was available on the last day of last month in checking, savings and/or Electronic Benefit Transfers (TANF account only) accounts; cash on hand; and accessible trust funds. Write "$0" if the family members who live in your home DO NOT have money in bank accounts, cash on hand, or anywhere else.

9 If your children are eligible for Children's Medicaid and have unpaid medical bills during the past three months and qualify for Medicaid during that time, Medicaid may be able to cover the bills. Please mark the box "Yes" if your children have unpaid medical bills from the past three months. **Please do not send bills with this application.** If you mark the box "Yes" and your children are eligible for Children's Medicaid, your local Health and Human Services Commission (HHSC) office will contact you for more information.

10 If you would like for someone besides yourself and any parent or step-parent, listed in Section 1 or 4 to contact us as your representative, please provide their information. You must name an individual and not an agency. It is important to understand that this person will have the same rights as you and may change anything on your application, including taking your children off Children's Medicaid or CHIP. They will also have the right to change your children's health plan and primary care provider. You are also giving Children's Medicaid, CHIP and their contractors permission to release information to this person.

11 Please read this section very carefully. By signing this application you are agreeing to the Rights and Responsibilities.

12 Review this section to make sure you include all of the necessary proof of your income, expenses and if applicable, your children's legal permanent resident status. If you do not include all of the necessary proof with your application we cannot process your application and will need to contact you for the information.

13 Please sign and date the application. We cannot process your application without your signature and your children cannot be offered health care coverage.

Application for Children's Medicaid and Children's Health Insurance Program (CHIP)

Questions? Please call 1-800-647-6558
TexCare • P.O. Box 149276 • Austin, TX 78714-9983

FOR OFFICE USE ONLY
CBO Number

Use blue or black ink

1 Your Name _____
First Middle Initial (M.I.) Last

Your Social Security Number (optional) _____ Your Date of birth ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

Home Address _____ Apt./Lot # _____

City _____ State _____ Zip Code _____ County _____

Mailing Address _____ Apt./Lot # _____
(if different from above)

City _____ State _____ Zip Code _____ County _____

Home Phone # (____) _____ Other Phone # (____) _____

If we need to call you, what language do you prefer? ☐ English ☐ Spanish ☐ Vietnamese ☐ Other _____

2 Tell us about all the children living in your home. Add an extra sheet of paper if needed. Children **MUST** live in **YOUR** home to apply.

	Child 1	Child 2	Child 3	Child 4
a. Child's first name and middle initial				
b. Child's last name				
c. Check the box for each child for whom you wish to apply for health insurance.	☐ Applying ☐ Not Applying	☐ Applying ☐ Not Applying	☐ Applying ☐ Not Applying	☐ Applying ☐ Not Applying
d. Child's relationship to you				
e. Child's Date of birth (Mo/Day/Year)	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
f. Child's gender	☐ Male ☐ Female	☐ Male ☐ Female	☐ Male ☐ Female	☐ Male ☐ Female
g. Is the child a U.S. citizen?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
If "NO," is the child a legal permanent resident?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Children who are legal permanent residents may qualify for these health insurance programs. You must provide a copy of the front and back of the child's Resident Alien Card (I-551) or Arrival/Departure Form (I-94) with this application. This information is for **OUR** records only. It will not affect the immigration status of you or your children and will not be shared with the Bureau of Citizenship and Immigration Services (BCIS).				
h. Child's Social Security #				
i. Child's mother's first name and middle initial				
j. Child's mother's last name				
k. Child's father's first name and middle initial				
l. Child's father's last name				
m. Does this child go to school during the regular school year?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
n. Child's race (optional, see instructions)				
o. Does child currently have CHIP?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

3	Child 1	Child 2	Child 3	Child 4
a. Does child currently have private health insurance?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
IF "YES," please provide the following information for each child insured.				
Insurance Company Name:				
Policy Holder:				
Policy Number:				
Group Number:				
Phone:				
Date the health coverage will end (Mo/Day/Year)	/ /	/ /	/ /	/ /
IF "NO," but the child had health insurance in the past 90 days, please mark the box that states why the insurance was dropped and the date the insurance ended.	☐ Parent's job ended due to layoff or business closing ☐ Loss of Medicaid eligibility ☐ Parent's COBRA or ERS coverage ended ☐ Loss of CHIP eligibility from another state ☐ Change in parent's marital status ☐ Health care coverage ended by employer ☐ Other	☐ Parent's job ended due to layoff or business closing ☐ Loss of Medicaid eligibility ☐ Parent's COBRA or ERS coverage ended ☐ Loss of CHIP eligibility from another state ☐ Change in parent's marital status ☐ Health care coverage ended by employer ☐ Other	☐ Parent's job ended due to layoff or business closing ☐ Loss of Medicaid eligibility ☐ Parent's COBRA or ERS coverage ended ☐ Loss of CHIP eligibility from another state ☐ Change in parent's marital status ☐ Health care coverage ended by employer ☐ Other	☐ Parent's job ended due to layoff or business closing ☐ Loss of Medicaid eligibility ☐ Parent's COBRA or ERS coverage ended ☐ Loss of CHIP eligibility from another state ☐ Change in parent's marital status ☐ Health care coverage ended by employer ☐ Other
Date the health coverage ended (Mo/Day/Year)	/ /	/ /	/ /	/ /
b. Could the child get private health insurance through the parent's job/employer?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

c. If you have paid for private health insurance in the last 90 days or are currently paying for any child you are applying for on this application, fill in the amount paid per month.

Total Amount _____ /month

4 List all of the parents and step-parents **WHO LIVE WITH THE CHILDREN,** including those listed on the front of this application. Please list all the parents or step-parents even if you already listed them under question number 2.

First name	Middle initial	Last name	Relationship to child
			☐ Parent ☐ Step-parent
			☐ Parent ☐ Step-parent

5 INCOME Please list all of the parents, step-parents and children's CURRENT income in this section. Include income received from jobs, social security (retirement, survivor, and disability), child support, alimony and the Temporary Assistance for Needy Families (TANF). You must send proof of each income source. This may include a copy of a pay stub from the last 60 days, the most recent income tax form, child support check, proof of self-employment, or a letter from an employer(s) who can tell us your income and how often you get paid. **Please do not send originals with your application.**

Name of person receiving money (First / Middle Initial / Last)	Employer(s) name OR sources of income	How much?	How often?
		$ _____	☐ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice a Month ☐ Monthly
		$ _____	☐ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice a Month ☐ Monthly
		$ _____	☐ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice a Month ☐ Monthly
		$ _____	☐ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice a Month ☐ Monthly

6 a. Of the family members who live in your home, is anyone pregnant?

☐ No ☐ Yes IF "YES," please list her name and due date. First (M.I.) Last Due date (Mo/Day/Year)

b. Of the family members who live in your home, does anyone pay for childcare OR pay for disabled adult care in order for a family member to work or receive training?

IF "YES," please give us the following information. You must send proof of payments with this application.

Caregiver's or facility's name and phone number	First name of person who receives care	First name of person who pays for care	How much is paid for childcare AND disabled adult care?
Caregiver/ facility Phone:	First name	First name	How much? $
Caregiver/ facility Phone:			How often? ☐ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice a Month ☐ Monthly

7 Of the family members who live in your home, does anyone pay child support and/or alimony to anyone outside your home?

☐ No ☐ Yes IF "YES," you must send proof of how much and how often you pay this amount.

Child support $ _____ How often? ☐ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice a Month ☐ Monthly

Alimony $ _____ How often? ☐ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice a Month ☐ Monthly

8 Your home and real property do not count as assets. If you are the child's parent or step-parent, answer the following questions based on **YOUR ASSETS ONLY.** If you are **NOT** the child's parent or step-parent, answer the following questions based on **THE CHILD'S ASSETS ONLY.** Depending on your family's income, we may need to ask you more information about the vehicles your family has registered in their name or is buying.

a. Not counting your first vehicle, do you have another car, truck or other vehicle worth more than $6,650? ☐ Yes ☐ No

b. Please write the Make, Model and Year for each vehicle your family has registered in their name or is buying. Please write "NA" in the table below if your family does not have a vehicle registered in their name or is not buying a vehicle. If your vehicle is NOT operable do NOT list it below. Do not list cars that are leased.

MAKE	MODEL	YEAR
Chevrolet SAMPLE	Silverado 1500 SAMPLE	1998 SAMPLE

c. Enter the amount in bank accounts, cash on hand or anywhere else. Write in $0 if you DO NOT have money in bank accounts, cash on hand or anywhere else.

Total Amount $ _____

9 **OTHER INFORMATION**

If your children had unpaid medical bills during the past three months and were qualified for Medicaid during that time, Children's Medicaid **MAY** cover the bills. **Please do not send bills with this application.**

a. Do any children you are applying for have unpaid medical bills for the past 3 months? ☐ Yes ☐ No

Note: If you want the Office of the Attorney General to help you obtain child and medical support or help you establish paternity for your child, call 1-800-252-8014.

You may also read about and request services from the Child Support Program on the Internet at http://www.oag.state.tx.us/child

10 VOLUNTARY: AUTHORIZED REPRESENTATIVE

If you would like a person besides yourself and any other parent or step-parent listed in Section 1 or 4, to contact us as your representative, then write their name, address and phone number below. You may not name an agency as your authorized representative.

This person will have the same rights as you and the other parent or step-parent listed on this application to change anything on your children's account, including adding or taking your children off their health care coverage program and requesting an appeal. You also give Medicaid, CHIP and their contractors permission to release information to this person.

FIRST NAME MIDDLE INITIAL LAST NAME

STREET ADDRESS APT./LOT # CITY STATE ZIP CODE

HOME PHONE OTHER PHONE

11 YOUR RIGHTS & RESPONSIBILITIES

By signing below, I agree to the following:

I have the right to:

- Be treated fairly and equally regardless of my race, color, religion, national origin, gender, age, political beliefs or disability consistent with state and federal law. If I believe I have not been treated fairly and equally, I may call the U.S. Dept. of Health and Human Services at 1-800-368-1019.
- Request information that the State of Texas obtains about me and my children through this application, and to review and correct any wrong information (with a few exceptions).
- Request a fair hearing in writing, in person or by phone from my local HHSC office, should I be denied Medicaid through this application process and I am not satisfied with the decision.

I have the responsibility to:

- Not purposely withhold information or give false facts, or let anyone use my child's health insurance identification or I could be required to pay the state or federal government for any benefit issued incorrectly and my children's health insurance may be denied or ended.

I further understand and agree that:

- This application could lead to my child(ren)'s enrollment in either the Children's Health Insurance Program (CHIP) or Medicaid.
- Information I provide in connection with this application is subject to verification by Medicaid, CHIP, the Office of the Inspector General for the Health and Human Services Commission (HHSC), their contractors and other state and federal agencies. My signature below authorizes the release of information relevant to such verification to Medicaid, CHIP, the Office of the Inspector General for HHSC, their contractors and other state and federal agencies. It also authorizes Medicaid, CHIP, the Office of the Inspector General for HHSC, their contractors and other state and federal agencies to contact employers, credit reporting agencies, health care insurance providers, or others with knowledge regarding my children's eligibility for Medicaid and CHIP and authorizes those contacted to release information relevant to my children's eligibility for Medicaid and CHIP.
- Medicaid, CHIP, the Office of the Inspector General for HHSC, their contractors and other state and federal agencies may exchange information on this application and medical, health or other information relating to my children's coverage with other agencies and contractors, including companies offering health insurance to my children, to assist with application, enrollment, administration and quality assurance. The information provided on this application cannot be used by the Internal Revenue Service (IRS) for tax purposes or by the Bureau of Citizenship and Immigration Services (BCIS) to deny you admission to the U.S., to harm your permanent resident status or to deport you.
- The State of Texas or its designee has the right to receive payments for services and supplies from insurance companies and other liable sources as reimbursement for medical services for my child(ren). My signature below authorizes assignment of medical payments.
- Each provider of medical services to my child(ren) may release any medical or other information necessary in order for the provider to be paid.

12 REQUIRED DOCUMENTS

After you have filled out and signed and dated the application, please mail the application and other required documents in the self-addressed envelope provided (no stamp or postage required).

Please check to make sure you've included:

- ☐ Proof of your family's current income (pay check stub issued in the last 60 days, most recent IRS tax form, proof of self-employment, or letter from an employer, etc.).
- ☐ Proof of immigration status for any children who are not U.S. citizens (copies of the front and back of the children's Resident Alien Card, I-551 or Arrival/Departure Form I-94).
- ☐ Proof of expenses for child care, disabled adult care, child support and/or alimony.

Signature required: If you do not sign and date this application, your children cannot be offered health care coverage.

13 X

SIGNATURE (REQUIRED) DATE (REQUIRED)

Instrucciones para la Solicitud de TexCare

Esta solicitud es para Children's Medicaid (Medicaid para Niños) y Children's Health Insurance Program (CHIP, Programa de Seguro Médico para Niños). Para solicitar un seguro, por favor complete la solicitud, firmela, y adjunte las copias de sus comprobantes de ingresos y cualquier otra información que usted deba mandar. Envíe por correo la solicitud adjunta y los otros comprobantes en el sobre que le incluimos que ya tiene nuestra dirección (no se necesita sello ni cargo de correos).

Nota: Usted debe completar de inmediato el proceso de solicitud (firmar y fechar la solicitud, entregar todos sus comprobantes de ingresos y gastos). Si usted no completa esta solicitud tan pronto como le sea posible, quizás usted tenga que llenar una nueva solicitud y comenzar todo el proceso de nuevo.

Primero, antes de que podamos considerarlos para CHIP, nosotros tenemos que determinar si sus hijos tienen derecho a Medicaid. La ley federal no permite que los niños que tienen derecho a Medicaid se inscriban en CHIP.

¿Quién puede solicitar el seguro?

- Cualquier adulto de 18 años o mayor que viva con los niños
- Cualquier niño menor de 19 años que viva solo puede hacer la solicitud por sí mismo

La persona que solicita seguro debe:

- Vivir en el estado de Texas
- Ser responsable del cuidado de los niños
- Vivir con los niños más de la mitad del tiempo

Si los niños no viven con usted por lo menos la mitad del tiempo, llame al 1-800-647-6558 y solicite que enviemos una solicitud a la otra casa de los niños.

1 Complete la solicitud con pluma de tinta azul o negra. Por favor, entregue toda la información que se solicita. No se requiere su número de seguro social (SSN) para procesar la solicitud para seguro médico para sus niños.

2 Por favor, complete una columna para cada uno de los niños que viva con usted, aunque usted no esté solicitando seguro médico para ese niño. Usted sólo puede solicitar seguro médico para los niños que viven en su casa. Si hay más de cuatro niños que viven con usted, por favor denos la información sobre los niños adicionales en otra hoja de papel, y entréguela con esta solicitud. Si usted es menor de 19 años y no vive con sus padres, puede llenar esta sección usted mismo.

Usted puede solicitar seguro para los: 1) que viven en el estado de Texas, 2) que viven con usted más de la mitad del tiempo, y 3) que son menores de 19 años de edad.

Linea (c)
Por favor, marque el cuadrito que dice "Solicito" en cada columna bajo el nombre de todos los niños que necesiten seguro médico. Si usted no necesita seguro médico para uno de los niños nombrados en la lista, por favor marque el cuadrito que dice "No solicito" en la columna bajo el nombre de ese niño.

Linea (d)
Por favor, díganos cuál es su relación con cada uno de los niños que viven en su casa. Ejemplos para respuestas posibles: hija, hijo, nieto, sobrino. Si usted no es familiar del niño, pero el niño vive con usted, escriba "otra". Si usted está solicitando seguro para usted mismo, escriba "yo mismo (yo misma)".

Linea (g)
Los niños que son residentes legales permanentes pueden tener derecho a estos programas de seguro médico. Si usted está solicitando seguro para un niño que es un residente legal permanente, usted debe proporcionar una copia del frente y del dorso de la Resident Alien Card (tarjeta de residente extranjero, I-551) del niño o del Arrival/Departure Form (formulario de llegada y de salida, I-94) para verificar el estado legal permanente del niño.

No se necesita ninguna información sobre el estado de ciudadanía de ninguna persona que no esté solicitando seguro. No compartiremos ninguna de la información que usted nos entregue con el Bureau of Citizenship and Immigration Services (Servicio de Ciudadanía e Inmigración, BCIS), y el BCIS no puede usar esta solicitud ni la inscripción de sus hijos en Children's Medicaid o Children's Health Insurance Program (CHIP) para negarle a usted admisión a los Estados Unidos, para perjudicar su estado de residente permanente, o para deportarlo.

Linea (h)
Necesitamos que nos entregue un número de seguro social (SSN) para cada uno de los niños para los que usted está solicitando seguro médico. Si el niño no tiene un número de seguro social, nosotros no podemos procesar su solicitud hasta que usted nos envíe por correo el comprobante (una copia del Formulario SSA 2853 o del Formulario SSA 5028) de que usted ha solicitado un número de seguro social para su niño en su oficina local del Seguro Social. Si usted necesita ayuda para solicitar el número de seguro social para el niño, por favor llame al 1-800-772-1213. Nosotros no le daremos el número de seguro social de su niño al Internal Revenue Service (Servicio Interno de Impuestos, IRS) ni al BCIS.

Linea (n)
Esta pregunta es opcional, y sólo se usa con el propósito de juntar estadísticas. Si usted desea hacerlo, por favor díganos cuál es la raza de cada niño para el cual usted está solicitando seguro médico. Por favor use los términos afro-americano, indio americano, anglo, asiático, o hispano.

3 Por favor, llene una columna para cada niño que viva con usted.

Linea (a)
Marque el cuadrito que dice "Sí" si el niño está cubierto en este momento por un seguro médico privado. Por favor, proporcione el nombre de la compañía de seguros, el nombre del titular de la póliza, y el número de la póliza de grupo. Si el seguro médico se está por terminar, anote la fecha en que se acabará en el espacio que se proporciona.

Marque el cuadrito que dice "No" si el niño no tiene seguro con una compañía de seguro médico privada, o si está cubierto por seguro de automóvil, compensación a los trabajadores, seguro contra accidentes o contra accidentes en deportes, o si tiene cobertura con Children with Special Health Care Needs (Niños con necesidades de cuidados de salud especiales, CSHCN).

Si el niño no tiene seguro con una compañía de seguro médico privada pero ha tenido seguro médico durante los últimos 90 días, por favor marque el cuadrito que mejor describa la razón por la que se terminó el seguro y la fecha en que terminó.

Linea (b)
La respuesta que usted dé a esta pregunta no afectará la posibilidad

que tengan sus niños de inscribirse en Children's Medicaid o CHIP. Se lo preguntamos porque, si su niño tiene elegibilidad para Children's Medicaid, quizás usted tenga derecho a recibir ayuda financiera para pagar las primas del seguro.

4 Por favor, nombre a todos los padres y los padrastros **QUE VIVEN CON LOS NIÑOS**, aunque usted ya los haya nombrado cuando respondió a la pregunta 2. Si usted no es uno de los padres o padrastros del niño, no necesita escribir su nombre en esta sección.

5 Por favor, escriba en esta sección el ingreso bruto de todos los padres, padrastros, y niños. Si usted no es uno de los padres o padrastros del niño, no necesita proporcionar la información sobre sus ingresos. Usted debe mandar un comprobante de cada una de las fuentes de ingresos. **Por favor, no envíe los comprobantes originales con su solicitud, porque no podemos devolvérselos.**

6 Por favor, complete esta información para los miembros de la familia nombrados en esta solicitud.

Linea (a)
Marque el cuadrito que dice "No" si no está embarazada ninguna de las mujeres de la familia.

Marque el cuadrito que dice "Sí" si alguna de las mujeres de la familia está embarazada. Esto incluye a las niñas para quienes usted está solicitando seguro.

Linea (b)
Por favor, complete esta sección si alguno de los miembros de la familia que vive en la casa paga por el cuidado de los niños o de un adulto discapacitado para que un miembro de la familia pueda trabajar o recibir entrenamiento.

Children's Medicaid toma en consideración ciertos gastos para posiblemente hacer deducciones al ingreso de su familia por alguno de estos gastos. Debemos tener un comprobante por cada uno de los gastos antes de poder decidir, en caso de hacer la deducción, cuánto podemos descontar del ingreso de su familia. CHIP no hace ninguna deducción del ingreso de su familia por gastos.

Aceptaremos las siguientes copias de sus documentos como comprobantes: recibos de la guardería infantil, de la compañía que proporciona cuidados para discapacitados, o cheques cancelados. **Por favor, no envíe los originales con su solicitud, porque no podemos devolvérselos.**

7 Por favor, complete esta sección si alguno de los miembros de la familia que vive en la casa paga manutención infantil y/o pensión alimenticia a cualquier persona que no viva en la casa de usted.

Children's Medicaid podría descontar el costo de manutención infantil o de pensión alimenticia que cualquiera de los miembros de la familia nombrados le paga a otra persona que no viva en su casa. CHIP no hace deducciones por este costo al ingreso de la familia.

Debemos tener un comprobante y aceptaremos copias de cheques cancelados y/o una declaración de la Procuraduría General (Attorney General) si la manutención infantil se paga a través de esa oficina. **Por favor, no envíe los originales con su solicitud, porque no podemos devolvérselos.**

8 Por favor, responda a estas preguntas sobre sus bienes si usted es uno de los padres o padrastros de los niños. Si usted no es uno de los padres o padrastros, por favor responda a estas preguntas sólo en lo que se refiere a los bienes de los niños. La casa y otras propiedades de usted no cuentan como bienes.

Linea (a)
Por favor, marque el cuadrito que dice "Sí" si usted tiene por lo menos dos vehículos que valgan más de $6,650 cada uno. Marque el cuadrito que dice "No" si usted no tiene más de un vehículo. Marque el cuadrito que dice "no" si usted tiene sólo un coche que valga más de $6,650.

Linea (b)
Por favor, para los padres y/o los niños que vivan en la casa, escriba la marca, el modelo y el año de cada vehículo registrado a nombre de su familia, o que la familia esté comprando. Por favor escriba "No se aplica" en la tabla si su familia no tiene vehículos registrados a su nombre o si no están comprando un vehículo. Usted no necesita dar información sobre los vehículos que estén arrendando. Dependiendo del ingreso de su familia, podríamos necesitar pedirle más información sobre sus vehículos. Si tenemos que ponernos en contacto con usted para pedir más información sobre sus vehículos, no podremos procesar su solicitud hasta recibir esta información.

Linea (c)
Por favor escriba el monto total de dinero que los padres y/o los niños que viven en la casa tenían el último día del mes pasado en cuentas corrientes, de ahorros, y/o Electronic Benefit Transfers (Transferencias Electrónicas de Beneficios, sólo para la cuenta TANF); en dinero en efectivo a la mano; y cuentas de fideicomiso accesibles. Escriba "0" si los miembros de su familia que viven en casa NO TIENEN su dinero en cuentas de banco, dinero en efectivo a la mano, o en cualquier otro lugar.

9 Si sus niños tienen derecho a Children's Medicaid, y tienen cuentas médicas que no se han pagado durante los últimos tres meses, y durante este período tenían derecho a Medicaid, quizás Medicaid pueda pagar estas cuentas. Por favor, marque el cuadrito que dice "Sí" si sus niños tienen cuentas médicas que no se han pagado durante los últimos tres meses. **Por favor, no envíe las cuentas con esta solicitud.** Si usted marca el cuadrito que dice "Sí" y sus niños tienen derecho a Children's Medicaid, su agencia local de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) se pondrá en contacto con usted para darle más información.

10 Si usted desea que, además de usted y otro padre o padrastro, haya alguna persona nombrada en la Sección 1 o la 4 que pueda ponerse en contacto con nosotros como su representante, por favor proporcione la información sobre esta persona. Usted debe nombrar a un individuo, no puede nombrar una agencia. Es importante entender que esta persona tendrá los mismos derechos que tiene usted, y que puede cambiar cualquier cosa en su solicitud, incluyendo cancelar el seguro de sus niños con Children's Medicaid o CHIP. También tendrá el derecho de cambiar el plan de salud de sus niños, así como su proveedor médico primario. Usted también está autorizando a Children's Medicaid, a CHIP, y a sus contratistas para que le entreguen información a esta persona.

11 Por favor, lea esta sección con mucha atención. Al firmar esta solicitud, usted está expresando su acuerdo con los Derechos y las Responsabilidades.

12 Revise esta sección para asegurarse de que haya incluido todos los comprobantes necesarios para su ingreso, sus gastos, y, si se requiere, el estado de residente legal permanente de sus niños. Si usted no incluye todos los comprobantes necesarios con su solicitud, nosotros no podremos procesar la solicitud, y tendremos que ponernos en contacto con usted para que nos entregue esta información.

13 Por favor, firme y feche la solicitud. No podemos procesar su solicitud sin su firma, y no los podremos ofrecer seguro médico a sus niños.

Solicitud para Children's Medicaid y Children's Health Insurance Program (CHIP)

¿Tiene preguntas? Por favor llame al 1-800-647-6558
TexCare • P.O. Box 149276 • Austin, TX 78714-9983

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA
CIUO Number

Complete la solicitud con tinta azul o negra.

1 Su Nombre _____
Primer nombre — Inicial — Apellido

Su número de seguro social (opcional) _____ Su fecha de nacimiento ____/____/____

Dirección del domicilio _____ Núm de apto. o lote _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Dirección postal _____ Núm de apto. o lote _____
(si es diferente a la del domicilio)

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Teléfono del domicilio # (____) _____ Otro número de teléfono # (____) _____

Si necesitamos llamarlo, ¿qué idioma prefiere? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Vietnamita ☐ Otro _____

2 Díganos sobre los niños que viven en su hogar. Use otra hoja si le hace falta. Los niños TIENEN QUE vivir en SU casa para solicitar el servicio.

	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Niño 4
a. Primer nombre e inicial del niño				
b. Apellido del niño				
c. Marque la cajita de cada niño para el que desea solicitar seguro médico	☐ Solicito ☐ No Solicito	☐ Solicito ☐ No Solicito	☐ Solicito ☐ No Solicito	☐ Solicito ☐ No Solicito
d. Parentesco con el niño				
e. Fecha de nacimiento del niño (mes/día/año)	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
f. Sexo del niño	☐ masculino ☐ femenino	☐ masculino ☐ femenino	☐ masculino ☐ femenino	☐ masculino ☐ femenino
g. ¿El niño es ciudadano de los Estados Unidos?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Si contestó "No", ¿es el niño un residente legal permanente?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Los niños que son residentes legales pueden tener derecho a estos programas de seguro médico. Tiene que adjuntar a esta solicitud una copia, frente y dorso, de la Tarjeta de Residencia (I-551) o del Formulario de Llegada o Partida (I-94). Esta información es solamente para **NUESTROS** archivos, y no afectará su calidad de inmigrante ni la de sus hijos, y no se compartirá con la Agencia de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (BCIS).				
h. Número de seguro social del niño				
i. Nombre e inicial de la madre del niño				
j. Apellido de la madre del niño				
k. Nombre e inicial del padre del niño				
l. Apellido del padre del niño				
m. ¿Este niño va a la escuela durante el año escolar regular?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
n. Raza del niño (opcional, vea las instrucciones)				
o. ¿Tiene CHIP actualmente el niño?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

3

	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Niño 4
a. ¿Tiene seguro médico privado actualmente el niño?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Si contestó "Sí", por favor ingrese la información para cada niño que tiene seguro.				
Nombre de la compañía de seguros:				
Nombre del asegurado:				
Número de póliza:				
Número de grupo:				
Teléfono:				
Fecha en que se acabará la cobertura (mes/día/año)	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Si contestó "No," pero el niño sí ha tenido seguro médico en los últimos 90 días, por favor marque la cajita que indica por qué no tiene el seguro, y escriba la fecha cuando se terminó.	☐ Se acabó el trabajo de uno de los padres por despido o cierre del negocio ☐ Perdió elegibilidad para Medicaid ☐ Perdió elegibilidad para CHIP de otro estado ☐ Se acabó la cobertura COBRA o ERS de uno de los padres ☐ Cambió el estado civil de uno de los padres ☐ Seguro médico terminado por el lugar de empleo ☐ Otra	☐ Se acabó el trabajo de uno de los padres por despido o cierre del negocio ☐ Perdió elegibilidad para Medicaid ☐ Perdió elegibilidad para CHIP de otro estado ☐ Se acabó la cobertura COBRA o ERS de uno de los padres ☐ Cambió el estado civil de uno de los padres ☐ Seguro médico terminado por el lugar de empleo ☐ Otra	☐ Se acabó el trabajo de uno de los padres por despido o cierre del negocio ☐ Perdió elegibilidad para Medicaid ☐ Perdió elegibilidad para CHIP de otro estado ☐ Se acabó la cobertura COBRA o ERS de uno de los padres ☐ Cambió el estado civil de uno de los padres ☐ Seguro médico terminado por el lugar de empleo ☐ Otra	☐ Se acabó el trabajo de uno de los padres por despido o cierre del negocio ☐ Perdió elegibilidad para Medicaid ☐ Perdió elegibilidad para CHIP de otro estado ☐ Se acabó la cobertura COBRA o ERS de uno de los padres ☐ Cambió el estado civil de uno de los padres ☐ Seguro médico terminado por el lugar de empleo ☐ Otra
Fecha en que se acabará la cobertura (mes/día/año)	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
b. ¿Podría obtener seguro médico privado para el niño por medio del trabajo o del empleador de uno de los padres?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

c. Si usted pagó por cobertura de seguro médico privado en los últimos 90 días, o si está pagando actualmente por cualquier niño por quien está solicitando en este formulario, complete la cantidad pagada por mes. **Cantidad Total $** _____ /mes

4

Enumere a todos los padres y padrastros **QUE VIVAN CON LOS NIÑOS**, incluso los que enumeró en la primera página de la solicitud. Por favor enumérelos aunque los haya enumerado en la pregunta 2.

Primer nombre	Inicial	Apellido	Parentesco con el niño
			☐ Padre/madre ☐ Padrastro/madrastra
			☐ Padre/madre ☐ Padrastro/madrastra

5 INGRESOS

Por favor, en esta sección enumere todos los ingresos ACTUALES de los padres, de los padrastros, y de los niños. Incluya ingresos recibidos por trabajos, Seguro social (jubilación, sobreviviente, y discapacidad), manutención de los hijos, pensión alimenticia, y TANF (Asistencia de Texas a las Familias Necesitadas). Usted debe enviar prueba de cada fuente de ingresos. Esta prueba puede incluir una copia de un talón de cheque expedido durante los últimos 60 días, su formulario de declaración de impuestos más reciente, del cheque de manutención de los hijos, prueba de que trabaja independiente, o una carta de empleador(es) que diga cuál es su ingreso y con qué frecuencia le pagan. **Por favor, no envíe originales con su solicitud.**

Nombre de la persona que recibe el dinero (Nombre / Inicial / Apellido)	Nombre del empleador O fuente del ingreso	¿Cuánto gana?	¿Con qué frecuencia le pagan?
		$ _____	☐ Cada semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Cada quincena ☐ Cada mes
		$ _____	☐ Cada semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Cada quincena ☐ Cada mes
		$ _____	☐ Cada semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Cada quincena ☐ Cada mes
		$ _____	☐ Cada semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Cada quincena ☐ Cada mes

6 a. De las personas que viven en su casa, ¿alguna está embarazada?

☐ Sí ☐ No Si contestó "Sí", por favor escriba su nombre y cuándo dará a luz. _____ Nombre Inicial Apellido Fecha en que dará a luz (mes/día/año)

b. De las personas que viven en su casa, ¿alguna paga por cuidado de niños o de un adulto discapacitado para que un miembro de la familia trabaje o reciba entrenamiento?

Si contestó "Sí", por favor entréguenos la siguiente información. Tiene que mandar prueba de los pagos con esta solicitud.

Nombre y teléfono de la persona o el centro de cuidado	Primer nombre de la persona que recibe el servicio	Primer nombre de la persona que paga el cuidado	¿Cuánto paga por cuidado de niños Y de adultos discapacitados?
Cuidador/Centro _____ Teléfono:	Primer nombre _____	Primer nombre _____	Cuánto paga? $_____
Cuidador/Centro _____ Teléfono:	_____	_____	¿Con qué frecuencia? ☐ Cada semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Cada quincena ☐ Cada mes

7 De las personas que viven en su casa, ¿paga alguien la manutención o compensación por divorcio a otra persona de fuera del hogar?

☐ Sí ☐ No **Si contestó "SI"**, tiene que mandar prueba de cuánto paga y con qué frecuencia.

Manutención $ _____ ¿Con qué frecuencia? ☐ Cada semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Cada quincena ☐ Cada mes

Compensación $ _____ ¿Con qué frecuencia? ☐ Cada semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Cada quincena ☐ Cada mes

8 Su casa y sus propiedades no cuentan como bienes. Si usted **es** uno de los padres o padrastros del niño, conteste las preguntas siguientes basándose **SOLAMENTE** en **LOS BIENES DE USTED**. Si usted **NO** es uno de los padres o padrastros del niño, conteste las preguntas siguientes basándose **SOLAMENTE** en **LOS BIENES DEL NIÑO**. Dependiendo del ingreso de su familia, podríamos necesitar pedirle más información sobre los vehículos registrados bajo el nombre de su familia o vehículos que estén comprando.

a. Sin contar uno de sus vehículos, ¿tiene un carro, un camión u otro vehículo que valga más de $6,650? ☐ Sí ☐ No

b. Por favor, escriba la marca, el modelo y el año de cada vehículo que le pertenece a su familia o que está comprando. Por favor escriba "No se aplica" en la tabla si no tiene vehículos registrados bajo el nombre de su familia ni están comprando un vehículo. Si su vehículo NO está en condiciones de ser manejado, NO lo ponga en esta lista. No ponga en la lista los vehículos que está alquilando.

MARCA	MODELO	AÑO
Chevrolet EJEMPLO	Silverado 1500 EJEMPLO	1998 EJEMPLO

c. Escriba la cantidad de dinero en cuentas bancarias, en efectivo, o en cualquier otro lugar. Escriba $0 si NO TIENEN dinero en cuentas bancarias, en efectivo, o en cualquier otro lugar.

CANTIDAD TOTAL $ _____

9 **OTRA INFORMACIÓN**

Si sus hijos tienen cuentas médicas sin pagar de los últimos tres meses y tenían derecho a Medicaid durante ese período, **ES POSIBLE** que Children's Medicaid pague esas cuentas. **Por favor, no envíe las cuentas con esta solicitud.**

a. ¿Alguno de los niños para los cuales usted está solicitando tiene cuentas médicas sin pagar de los últimos tres meses? ☐ Sí ☐ No

Nota: Si usted desea que la Procuraduría General (OAG) lo asista para establecer paternidad y obtener manutención o seguro médico para sus hijos, llame al 1-800-252-8014.

Usted también puede informarse sobre el Programa para Manutención de los Hijos y solicitar sus servicios por Internet en http://www.oag.state.tx.us/child/index_span.shtml

10 OPCIONAL: REPRESENTATE AUTORIZADO

Si usted desea que una persona aparte de usted y del otro padre o padrastro que aparece en las Secciones 1 o 4 se ponga en contacto con nosotros como su representante, escriba abajo su nombre, dirección y número de teléfono. Usted no puede nombrar a una agencia local como su representante autorizado.

Esta persona tendrá los mismos derechos que tiene usted y el otro padre o padrastro que aparece en esta solicitud para cambiar cualquier cosa en la cuenta de su hijo, incluyendo agregar o quitar a sus hijos de su programa de seguro médico y para solicitar una apelación. Usted también autoriza a CHIP, a Medicaid y a sus contratistas para que le entreguen información a esta persona.

PRIMER NOMBRE _____ INICIAL _____ APELLIDO _____

DIRECCIÓN _____ NÚMERO DE APTO O DE LOTE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO DEL DOMICILIO _____ OTRO TELÉFONO _____

11 SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Al firmar abajo, acepto las siguientes condiciones:

Tengo el derecho de:

- Ser tratado justamente y con igualdad, sin distinción de raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, afiliación política o discapacidad, en conformidad con las leyes estatales y federales. Si creo que no me dieron un trato justo y equitativo, puedo llamar al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU, al 1-800-368-1019.
- Pedir la información que el Estado de Texas obtiene sobre mí y mis hijos por medio de esta solicitud, y revisar y corregir cualquier información incorrecta (con unas pocas excepciones).
- Pedir una audiencia imparcial por escrito, en persona o por teléfono de la oficina local de HHSC si me niegan Medicaid en este trámite de solicitud y no estoy de acuerdo con la decisión.

Tengo la responsabilidad de:

- No ocultar información o dar información falsa intencionalmente, ni permitir que nadie use la identificación de seguro médico de mis hijos. De lo contrario, se les podría negar o cancelar el seguro médico a mis hijos, o podrían exigir que pague al gobierno estatal o federal cualquier beneficio que se recibió indebidamente.

Además, comprendo y acepto que:

- Esta solicitud podría llevar a la inscripción de mis hijos en el Children's Health Insurance Program (CHIP), o en Medicaid.
- La información que yo proporcione en conexión con esta solicitud está sujeta a verificación por Medicaid, CHIP, la Oficina del Inspector General para la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC), sus contratistas y otras agencias estatales y federales. Mi firma al pie autoriza que se divulgue toda información pertinente a tal verificación a Medicaid, CHIP, la Oficina del Inspector General para HHSC, sus contratistas y otras agencias estatales y federales. También autoriza a Medicaid, CHIP, la Oficina del Inspector General para HHSC, sus contratistas y otras agencias estatales y federales a ponerse en contacto con empleadores, agencias que dan informes sobre crédito, proveedores de seguros médicos, u otros que tengan conocimiento sobre la elegibilidad de mis hijos para Medicaid y CHIP, y autoriza a aquellos a quienes se contacte a divulgar la información pertinente a la elegibilidad de mis hijos para Medicaid y CHIP.
- Medicaid, CHIP, la Oficina del Inspector General para HHSC, sus contratistas y otras agencias estatales y federales pueden intercambiar la información en esta solicitud, además de información médica, de salud, u otra información relacionada con la cobertura de mis hijos, con otras agencias y contratistas, incluyendo a compañías que le estén ofreciendo seguro médico a mis hijos, para asistir con la solicitud, inscripción y administración, y para asegurar la calidad de los servicios. La información contenida en esta solicitud no puede ser usada para propósitos fiscales por IRS (Servicio de Impuestos Internos), ni por BCIS (Agencia de Servicios de Ciudadanía e Inmigración) para negarle entrada a los Estados Unidos, para dañar su estatus de residente permanente, o para deportarlo.
- El estado de Texas y las personas nombradas por el estado tienen el derecho de recibir pagos por servicios y artículos de compañías de seguro y de otras fuentes responsables como reembolso por los servicios médicos para mis hijos. Mi firma a continuación autoriza la asignación de pagos médicos.
- Cada proveedor que le brinde servicios médicos a mis hijos puede divulgar cualquier información médica o de otro tipo necesaria para que le paguen los servicios.

12 DOCUMENTOS REQUERIDOS

Después de completar, firmar, y fechar esta solicitud, por favor envíela en el sobre con nombre y dirección que se provee, junto con los otros documentos requeridos (no necesita pagar por estampilla o cargos de correo).

Por favor, revise para asegurarse de que está adjuntando:

- ☐ Prueba del ingreso actual de su familia (incluya un talón de cheque expedido durante los últimos 60 días, su formulario de declaración de impuestos más reciente, prueba de que trabaja como independiente, o una carta de su empleador, etc).
- ☐ Prueba de su estatus de inmigración para cualquier niño que no sea ciudadano estadounidense (incluya copias de frente y dorso de la Tarjeta de Residencia I-551 o del Formulario de Llegada o Partida I-94).
- ☐ Prueba de los gastos por cuidado de los niños o de adultos discapacitados, de manutención de los hijos o de pensión alimenticia.

Firma (SE REQUIERE: Si usted no firma y fecha esta solicitud, no se les podrá ofrecer seguro médico a sus hijos.)

13 X

FIRMA (SE REQUIERE) _____ FECHA (SE REQUIERE) _____

Children's Defense Fund

HOUSTON/ HARRIS COUNTY/ TEXAS

FACSIMILE TRANSMITTAL SHEET

TO: Georgie Collis

FROM: MARTHA MARTINEZ Gomez

COMPANY:

DATE: 06-03-05

FAX NUMBER: 713. 789. 8920

TOTAL NO. OF PAGES INCLUDING COVER: ~~X~~ ~~4~~ 5

PHONE NUMBER:

PHONE: (713) 664-4080

RE: Immigrant & Refugee

FAX: (713) 664-1975

☐ URGENT ☐ FOR REVIEW ☐ PLEASE COMMENT ☐ PLEASE REPLY ☐ PLEASE RECYCLE

NOTES/COMMENTS:

4500 BISSONNET, SUITE 260 • BELLAIRE, TEXAS 77401

Texas Health and Human Services

Health and Human Services Commission
Civil Rights Office

Español

Our Mission:

The mission of the Civil Rights Office is to ensure equal opportunity in employment, consumer programs and services, and contracted services.

The Texas Health and Human Services System and its agencies are committed to providing services to our applicants and clients in a fair and nondiscriminatory manner.

This obligation to comply with federal and state laws and regulations extends to service contractors, as well as any other agency, institution, or organization participating in a health and human services program either through contractual or other arrangements.

The Health and Human Services Commission's Civil Rights Office has the responsibility to investigate claims of discrimination; to conduct new, periodic and special compliance reviews of offices, programs and contractors; to provide training and guidance; and to take other appropriate steps to ensure that programs and services do not discriminate.

We invite you to learn more about our office and how we can assist you:

- **Contact Us**
- **Learn About Civil Rights Laws and Policies**
- **How to File a Discrimination Complaint with HHSC**
- **How to File a Discrimination Complaint with a Federal Agency**

Contact Us

To reach us by phone	(888) 388-6332 TDD (512) 438-2960
To reach us by fax	(512) 438-5885
To reach us by mail or in person	Civil Rights Office Health and Human Services Commission 701 West 51st Street Austin, Texas 78751

The HHSC Civil Rights Office maintains staff in several geographic areas around Texas. Civil rights complaints or questions may be directed to any of our four area offices as well.

Area	Address	Telephone/FAX	TDD#
Lubbock MC 217-7	2109 Ave Q Lubbock, TX 79405	(915) 834-7523 (915) 834-7522 (fax)	(915) 834-7501
Dallas/Fort Worth Metroplex MC 012-5	801 W. Freeway, 6th Floor Grand Prairie, TX 75051	(972) 337-6265 (972) 337-6153 (fax)	(972) 337-6360
Houston MC 174-7	5425 Polk P.O. Box 16017 Houston, TX 77222-6017	(713) 767-2377 (713) 767-2352 (fax)	(713) 767-2382
San Antonio MC 279-4	11307 Roszell San Antonio, TX 78217	(210) 619-8169 (210) 619-8168 (fax)	(210) 871-6441

Learn About Civil Rights Laws and Policies

It is the responsibility of our agencies and our contractors not to discriminate against applicants or clients.

Health and Human Services System applicants and consumers are protected from discrimination by federal and state laws, regulations and policies. These laws, regulations and policies state that our clients and consumers are protected from discrimination if it is based on one or more of the following:

- Race
- Color
- Sex
- National origin
- Religion
- Age
- Disability
- Political belief*
- Sexual orientation*

*Political belief and sexual orientation do not apply to all programs and services. Please contact the Civil Rights Office for additional information.

The civil rights laws and policies that protect our consumers and applicants for services include:

- Social Security Act of 1935 (Title V)
- Civil Rights Act of 1964 (Title VI)
- The Education Amendments of 1972 (Title IX)

- Rehabilitation Act of 1973 (Section 504)
- Age Discrimination Act of 1975
- Food Stamp Act of 1977
- Civil Rights Restoration Act of 1987
- Americans with Disabilities Act of 1990
- Food and Nutrition Services Instructions (113 Series)
- USDA Food Safety and Inspection Service Directives (1510.1 and 1520.1)
- Methods of Administration with US Department of Health and Human Services
- State Plan of Operation and Federal/State Agreements
- Texas Civil Practice and Remedies Code (Chapter 106)
- Texas Administrative Code (Title 40 and Title 25)
- HHSC Civil Rights Policies and Procedures
- Other applicable civil rights laws and regulations

How to File a Discrimination Complaint with HHSC

Consumers and applicants for benefits or services who believe they have been discriminated against by an employee of the Health and Human Services Commission (HHSC), an employee of a health and human services (HHS) agency, or an employee of an entity providing contracted HHSC or HHS agency services may file a complaint of discrimination with the Civil Rights Office.

The HHSC Civil Rights Office must receive the complaint of discrimination no more than 180 days after the alleged discriminatory action.

A complaint may be filed with HHSC by using the HHSC Client Complaint of Discrimination form. Individuals may also file complaints by personal contact (in-person), letter, email, fax, or phone.

The discrimination complaint must contain the following information:

- your name, address, telephone number, or other means of contacting you;
- the specific office name and address where the alleged discriminatory practices occurred;
- the date or dates of the alleged discriminatory practices occurred; and,
- the reason, or basis, you feel the discrimination occurred (e.g., race, color, national origin, age, sex, religion, sexual orientation, or political belief).

Complaints may also be filed in one of our four area Civil Rights Offices in Dallas/Fort Worth, Houston, Lubbock and San Antonio.

Please click here to access office locations and contact information.

How to File a Discrimination Complaint with a Federal Agency

A civil rights discrimination complaint may also be filed with a federal agency. Please contact the agency or office for additional information.

U.S. Department of Agriculture Programs:
Programs include, but are not limited to: Food Stamps; Women, Infants and Children (WIC); Food Safety and Inspection Services (FSIS); Special Nutrition Programs (SNP); and other USDA Programs.

U.S. Department of Agriculture (USDA)
Food and Nutrition Services
Regional Director
Office of Civil Rights
1100 Commerce
Dallas, Texas 75242

or,

U.S. Department of Agriculture (USDA)
Office of Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Mail Stop 9410
Washington, D.C. 20250

U.S. Department of Education Programs:
Programs include, but are not limited to: Vocational Rehabilitation programs; Busines Enterprise of Texas Program (BET); Independent Living Services programs; Individuals with Disabilities Education Act (IDEA); and other rehabilitative services programs.

U.S. Department of Education
Office for Civil Rights
400 Maryland Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20202-1100

U.S. Department of Health and Human Service Programs:
Programs include, but are not limited to: Medicaid and Medicaid-related programs; Temporary Assistance to Needy Families (TANF); Community Care for the Aged and Disabled (CCAD); Community Based Alternagives (CBA); other Long-Term Care programs; HIV and STD prevention and treatment programs; family and community health programs; mental health programs; and substance abuse prevention and treatment programs.

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights
1301 Young Street, #1169
Dallas, Texas 75202

Texas Health and Human Services

Comisión de Salud y Servicios Humanos
Oficina de Derechos Civiles

English

Nuestra misión:

> *La misión de la Oficina de Derechos Civiles es asegurar la igualdad de oportunidades en el trabajo, en los programas y servicios de los clientes y en los servicios contratados.*

El Sistema de Salud y Servicios Humanos de Texas y sus departamentos se comprometen a ofrecer servicios a los solicitantes y clientes de manera justa y no discriminatoria.

Esta obligación de cumplir con las leyes y reglamentos estatales y federales se extiende a los servicios prestados por contratistas así como por otras agencias, instituciones u organizaciones que participan en programas de salud y servicios humanos, ya sea bajo contrato o por medio de otro arreglo.

La Oficina de Derechos Civiles de la Comisión de Salud y Servicios Humanos tiene la responsabilidad de investigar las quejas de discriminación; de llevar a cabo inspecciones de acatamiento nuevas, periódicas y especiales de oficinas, programas y contratistas; de ofrecer capacitación y orientación; y de tomar las medidas apropiadas para asegurar que los programas y servicios no discriminen a nadie.

Lo invitamos a que aprenda más acerca de nuestra oficina y sobre cómo le podemos ayudar:

- **Comuníquese con nosotros**
- **Información sobre las leyes y normas de derechos civiles**
- **Cómo presentar una queja de discriminación ante la HHSC**
- **Cómo presentar una queja de discriminación ante un departamento federal**

Comuníquese con nosotros

Para comunicarse por teléfono (888) 388-6332
TDD (512) 438-2960

Para comunicarse por fax (512) 438-5885

Para comunicarse por correo o en persona

Civil Rights Office
Health and Human Services Commission
701 West 51st Street
Austin, Texas 78751

La Oficina de Derechos Civiles de la HHSC tiene personal en varias regiones geográficas de Texas. Las quejas o preguntas sobre derechos civiles también pueden dirigirse a cualquiera de nuestras cuatro oficinas regionales.

Región	Dirección	Teléfono/FAX	TDD#
Lubbock MC 217-7	2109 Ave Q Lubbock, TX 79405	(915) 834-7523 (915) 834-7522 (fax)	(915) 834-7501
Dallas/Fort Worth Metroplex MC 012-5	801 W. Freeway, 6th Floor Grand Prairie, TX 75051	(972) 337-6265 (972) 337-6153 (fax)	(972) 337-6360
Houston MC 174-7	5425 Polk P.O. Box 16017 Houston, TX 77222-6017	(713) 767-2377 (713) 767-2352 (fax)	(713) 767-2382
San Antonio MC 279-4	11307 Roszell San Antonio, TX 78217	(210) 619-8169 (210) 619-8168 (fax)	(210) 871-6441

Información sobre las leyes y normas de derechos civiles

Es la responsabilidad de nuestros departamentos y contratistas no discriminar a los solicitantes o clientes.

Los solicitantes y clientes del Sistema de Salud y Servicios Humanos están protegidos contra la discriminación bajo las leyes, reglamentos y normas federales y estatales. Estas leyes, reglamentos y normas indican que nuestros clientes y usuarios están protegidos contra la discriminación si se basa en una o más de las siguientes razones:

- Raza
- Color
- Sexo
- Origen nacional
- Religión
- Edad
- Discapacidad
- Creencias políticas*
- Orientación sexual*

*Las creencias políticas y la orientación sexual no son pertinentes a todos los programas y servicios. Favor de comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles para más información.

Las leyes y normas de derechos civiles que protegen a nuestros clientes y solicitantes de servicios incluyen:

- Ley de Seguro Social de 1935 (Título V)
- Ley de Derechos Civiles de 1964 (Título VI)
- Enmiendas a la Educación de 1972 (Título IX)
- Ley de Rehabilitación de 1973 (Sección 504)
- Ley de Discriminación por Edad de 1975
- Ley de Estampillas para Comida de 1977
- Ley de Restauración de Derechos Civiles de 1987
- Ley de Americanos con Discapacidades de 1990
- Instrucciones para Servicios de Alimentos y Nutrición (Serie 113)
- Directivas de Servicio de Seguridad e Inspección de los Alimentos del USDA (1510.1 y 1520.1)
- Métodos de Administración del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
- Plan de Operación Estatal y Acuerdos Federales y Estatales
- Código Civil de Prácticas y Remedios de Texas (Capítulo 106)
- Código Administrativo de Texas (Título 40 y Título 25)
- Normas y Procedimientos de Derechos Civiles de la HHSC
- Otras leyes y reglamentos pertinentes de derechos civiles.

Cómo presentar una queja de discriminación ante la HHSC

Los clientes y solicitantes de beneficios y servicios que crean haber sido discriminados por algún empleado de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC), de algún departamento de salud y servicios humanos (HHS), o de alguna entidad contratada por la HHSC o por algún departamento de HHS para prestar servicios, pueden presentar una queja de discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles.

La Oficina de Derechos Civiles de la HHSC tiene que recibir la queja de discriminación a más tardar 180 días después del supuesto acto de discriminación.

La queja de discriminación puede presentarse ante la HHSC usando la forma de Queja de un cliente por discriminación de la HHSC. También se pueden presentar quejas en persona, por carta, por correo electrónico, por fax o por teléfono.

La queja de discriminación tiene que tener la siguiente información:

- su nombre, dirección, teléfono o cualquier otro medio para comunicarse con usted;
- el nombre y la dirección de la oficina específica donde ocurrió el supuesto incidente de discriminación;
- las fechas en que ocurrieron los supuestos incidentes de discriminación; y
- la razón por la que usted cree que ocurrió la discriminación (por ejemplo, raza, color, origen nacional, edad, sexo, religión, orientación sexual o creencias políticas).

También se pueden presentar quejas en una de nuestras cuatro oficinas regionales de

Derechos Civiles en Dallas/Fort Worth, Houston, Lubbock y San Antonio.

Por favor, pulse aquí para tener acceso a la ubicación de las oficinas y a la información de contacto.

Cómo presentar una queja de discriminación ante un departamento federal

También se puede presentar una queja de discriminación de derechos civiles ante un departamento federal. Favor de comunicarse con el departamento u oficina para recibir información adicional.

Programas del Departamento de Agricultura de EE.UU.
Los programas son, entre otros: Estampillas para comida; Programa de Mujeres, Bebés y Niños (WIC); Servicio de Seguridad e Inspección de los Alimentos (FSIS); Programas Especiales de Nutrición (SNP); y otros programas financiados por el USDA.

U.S. Department of Agriculture (USDA)
Food and Nutrition Services
Regional Director
Office of Civil Rights
1100 Commerce
Dallas, Texas 75242

o *U.S. Department of Agriculture (USDA)*
Office of Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Mail Stop 9410
Washington, D.C. 20250

Programas del Departamento de Educación de EE.UU.
Los programas son, entre otros: programas de Rehabilitación vocacional; Programa Business Enterprise of Texas (BET); programas de Servicios para la Vida Independiente; Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA); y otros programas de servicios de rehabilitación.

U.S. Department of Education
Office for Civil Rights
400 Maryland Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20202-1100

Programas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
Los programas son, entre otros: Medicaid y programas relacionados; Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF); Atención en la Comunidad para Personas de Edad Avanzada y Discapacitadas (CCAD); Programa de Alternativas en la Comunidad (CBA); otros programas de atención a largo plazo; programas de prevención y tratamiento de VIH y enfermedades de transmisión sexual; programas de salud familiar y comunitaria; programas de salud mental; y programas de prevención y tratamiento del abuso de sustancias.

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights

1301 Young Street, #1169
Dallas, Texas 75202