



**FRIO REGIONAL
HOSPITAL**

[Managed by Methodist Healthcare – San Antonio]

**FRIO REGIONAL HOSPITAL
FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAM APPLICATION**

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

INDIGENT PROGRAM PRE-SCREENING CONTACT
PROGRAMA DE INDIGENTES CONTACTO DE SELECCIÓN PREVIA

HSI

HOSPITAL SOLUTIONS, INC
10700 N. FREEWAY, STE 475
HOUSTON, TX 77037

Hospital Solutions, Inc. has contracted with Frio Regional Hospital to assist you in applying for medical assistance to pay for your medical bills. Frio Regional is supplying this program as a community service, which means you will not be charged for our services. In order for us to determine eligibility for a funding program, information will be needed from you. If your application for medical assistance is approved, all or part of your medical bill will be paid.

Hospital Solutions, Inc. ha contratado a Frio Regional Hospital para ayudarlo a solicitar asistencia médica para pagar sus facturas médicas. Frio Regional ofrece este programa como un servicio comunitario, lo que significa que no se le cobrará por nuestros servicios. Para que podamos determinar la elegibilidad para un programa de financiación, necesitaremos su información. Si se aprueba su solicitud de asistencia médica, se pagará la totalidad o parte de su factura médica.

Please contact the representatives listed below as soon as possible. There is limited time for the application process.

Comuníquese con los representantes que se enumeran a continuación lo antes posible. Hay tiempo limitado para el proceso de solicitud.

Jamie Maples- 888.488.4944 Ext 530
Adam Ross- 888.488.4944 Ext 470



**FRIO REGIONAL
HOSPITAL**

[*Managed by Methodist Healthcare - San Antonio*]

FRIO COUNTY INDIGENT HEALTHCARE PROGRAM

200 S IH 35, Pearsall, Texas 78061

Office: 830.334.3617 Fax: 830.334.9812

INSTRUCTIONS/INSTRUCCIONES

- PRE-SCREENING FORM (HSI)-/*FORMA DE PRE-DETERMINACION (HSI)*
- WHAT IS THE INDIGENT HEALTH CARE PROGRAM ABOUT/*ELIGIBILITY DE QUE TRATA EL PROGRAMA DE ATENCION MEDICA PARA INDIGENTES/ELEGIBILIDAD*
- APPLICATION PROCESS-INFORMATION YOU NEED TO KNOW
PROCESO DE SOLICITUD/INFORMACION QUE NECESITA SABER
- APPLICATION FOR HEALTH CARE ASSISTANCE/*APLICACION PARA ASISTENCIA MEDICA*
- REQUIRED DOCUMENTS CHECKLIST/*TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS*

**(YOU MUST COMPLETE AND SIGN ALL FORMS LEAVING NO BLANKS.
ALSO, YOU MUST PROVIDE ALL THE REQUIRED DOCUMENTATION,
OTHERWISE YOUR APPLICATION MAY BE DELAYED OR DENIED)**

***(DEBE COMPLETAR Y FIRMAR TODOS LOS FORMULARIOS SIN DEJAR ESPACIOS
EN BLANCO. ADEMÁS, DEBE PROPORCIONAR TODA LA DOCUMENTACIÓN
REQUERIDA, DE LO CONTRARIO SU SOLICITUD PUEDE SER DEMORADA O
NEGADA)***

SUBMITTING YOUR APPLICATION:

AL SOMETER SU APLICACION:

- You may Mail or drop off your application with all required documentation attached, at the Frio Regional Hospital Front Lobby Desk @ 200 S IH 35 PEARSALL, TX 78061

Frio County Indigent Health Care Program

What is the program about?

Frio County Indigent Health Care Program is a county program that provides medically necessary health care benefits to individuals who meet the income that (less than or equal to 100% of the Federal Poverty Guidelines), resource, residency, and household criteria and who are ineligible for other state or federal assistance programs and receive healthcare services through the County Indigent Health Care Program.

Frio Hospital District has an obligation to provide health care assistance to the eligible indigent residents of the Frio Hospital District. As part of its commitment to its community, the district also provides health care assistance to residents who do not qualify for indigent health care assistance but who are unable to pay for health care services.

- The maximum benefit per patient is \$10,000 per year.
- The program maximum is \$300,000 per District Fiscal Year
 - ❖ District Fiscal Year is from September to August

Frio County Indigent Health care Program is located at 200 S IH 35, Pearsall, Texas 78061 and office hours are Monday-Friday from 8am-5pm. You may also call our office to 830-334-3617 for any Indigent Health Care Program Questions. For pre-screening eligibility you must call our HSI (Hospital Solutions, Inc) office to 888.488.4944 Ext 530 and speak with either a Jamie Maples or with an Adam at 888.488.4944 Ext 470 prior to completing the application for the Indigent Health Care Program. FCIHC pays for covered services and all services that are medically necessary here at the Frio Regional Hospital or the surrounding Frio County Areas whose office accepts the Indigent Health Care Program for Frio County. Any services done outside our area, you will be responsible for it since it will not be covered by the Indigent Health Care Program.

Frio County Indigent Healthcare Program is the payor of last resort. Applicants are not eligible for benefits if they are eligible for any other Federal, State, or Private benefits, i.e. Medicaid, Medicare, VA, CHIPS, or other insurance. Program rules and eligibility standards are set by the State of Texas.

What are considered "covered services" within the program?

- ❖ Payment for not more than (3) prescription drugs per month and can only be filled or re-filled at the **Frio Regional Hospital Inhouse Pharmacy**.
- ❖ Laboratory and X-ray services provided at Frio Regional Hospital
- ❖ Primary and preventive services, including immunizations, medical screening services, and annual physical examinations
- ❖ Family Planning Services
- ❖ Inpatient and outpatient hospital services provided and Frio Regional Hospital;
- ❖ Skilled Nursing Facility Services, regardless of the patient's age

Which Physicians can you see?

- ❖ All active or midlevel physicians who are affiliated with Frio Regional Hospital
- ❖ You must call the provider first and ask if they take the Indigent Health Care Program.

Programa de atención médica para indigentes del condado de Frio

¿De qué trata el programa?

El Programa de Atención Médica para Indigentes del Condado de Frio es un programa del condado que brinda beneficios de atención médica médicamente necesarios a personas que cumplen con los criterios de ingresos (menor o igual al 100% de las Pautas Federales de Pobreza), recursos, residencia y hogar y que no son elegibles para otros programas de asistencia estatales o federales y recibir servicios de atención médica a través del Programa de atención médica para indigentes del condado.

El Distrito Hospitalario de Frio tiene la obligación de proporcionar asistencia de atención médica a los residentes indigentes elegibles del Distrito Hospitalario de Frio. Como parte de su compromiso con su comunidad, el distrito también brinda asistencia de atención médica a los residentes que no califican para la asistencia de atención médica para indigentes, pero que no pueden pagar los servicios de atención médica.

- ❖ El beneficio máximo por paciente es de \$10,000 por año.
- ❖ El máximo del programa es de \$300,000 por año fiscal del distrito
- ❖ El año fiscal del distrito es de septiembre a agosto

El Programa de atención médica para indigentes del condado de Frio está ubicado en 200 S IH 35, Pearsall, Texas 78061 y el horario de atención es de lunes a viernes de 8 am a 5 pm. También puede llamar a nuestra oficina al 830-334-3617 si tiene alguna pregunta sobre el Programa de Atención Médica para Indigentes. Para la elegibilidad previa a la evaluación, debe llamar a nuestra oficina de HSI (Hospital Solutions, Inc) al 888.488.4944 Ext 530 y hablar con Jamie Maples o con Adam al 888.488.4944 Ext 470 antes de completar la solicitud para Indigent Health Care.

Programa.FCIHC paga los servicios cubiertos y todos los servicios que son médicamente necesarios aquí en el Hospital Regional de Frio o en las áreas circundantes del condado de Frio cuya oficina acepta el Programa de Atención Médica para Indigentes del Condado de Frio. Cualquier servicio realizado fuera de nuestra área, usted será responsable de ello, ya que no estará cubierto por el Programa de Atención Médica para Indigentes.

El Programa de Atención Médica para Indigentes del Condado de Frio es el pagador de último recurso. Los solicitantes no son elegibles para los beneficios si son elegibles para cualquier otro beneficio federal, estatal o privado, es decir, Medicaid, Medicare, VA, CHIPS u otro seguro. Las reglas del programa y los estándares de elegibilidad son establecidos por el Estado de Texas.

¿Qué se consideran “servicios cubiertos” dentro del programa?

- ❖ Pago de no más de (3) medicamentos recetados por mes y solo se puede surtir o resurtir en la farmacia interna del Hospital Regional de Frio.
- ❖ Servicios de laboratorio y rayos X prestados en el Hospital Regional de Frio
- ❖ Servicios primarios y preventivos, incluidas inmunizaciones, servicios de detección médica y exámenes físicos anuales
- ❖ Servicios de planificación familiar
- ❖ Prestación de servicios hospitalarios de internación y consulta externa y Hospital Regional de Frio;
- ❖ Servicios de centros de enfermería especializada, independientemente de la edad del paciente

¿Qué médicos puede ver?

- ❖ Todos los médicos en activo o de nivel medio afiliados al Hospital Regional de Frio
- ❖ Primero debe llamar al proveedor y preguntar si aceptan el Programa de Atención Médica para Indigentes.

Application Process Information You Need to Know

- After your application and supporting documents have been submitted to HSI, an HSI representative will review your application is complete and that all supporting documents have been provided.
- If there is any additional documentation still needed to make a complete application, you will be notified via phone by the HSI Rep. You may be directed from the HSI staff to turn in the additional documentation to the Frio Regional Hospital location 200 S IH 35, Pearsall, TX 78061, if its easier for the applicant to drop off, fax to and etc. Our hospital location will be able to make copies of your documents if needed to do so.
- Once your application is “fully” complete, and all required documentation has been submitted and nothing else is needed your application will then be forwarded for the final reviewing process. The Indigent Caseworker will then review process and notify applicant of status.
- Should your case be approved, you will be mailed an approval letter that you will need to keep with you at all times.
- Should your case be denied, you will be mailed a denial letter with the reason for denial. You will have 90 days to appeal the decision in writing.

*******Assistance in completing the application will be provided if needed; please contact HSI Jamie at 888.488.4944 Ext 530 or Adam Ross to 888.488.4944 Ext 470 for assistance*******

Proceso de solicitud Información que necesita saber

- Después de que su solicitud y los documentos de respaldo hayan sido enviados a HSI, un representante de HSI revisará que su solicitud esté completa y que se hayan proporcionado todos los documentos de respaldo.
- Si aún se necesita documentación adicional para completar una solicitud, el representante de HSI le notificará por teléfono. El personal de HSI puede indicarle que entregue la documentación adicional en la ubicación 200 S IH 35 del Hospital Regional de Frio. , Pearsall, TX 78061, si es más fácil para el solicitante dejarlo, enviarlo por fax, etc. La ubicación de nuestro hospital podrá hacer copias de sus documentos si es necesario.
- Una vez que su solicitud esté “totalmente” completa y toda la documentación requerida haya sido enviada y no se necesite nada más, su solicitud será enviada para el proceso de revisión final. El trabajador social indigente luego revisará el proceso y notificará al solicitante del estado.
- Si se aprueba su caso, se le enviará por correo una carta de aprobación que deberá llevar con usted en todo momento.
- Si se deniega su caso, se le enviará por correo una carta de denegación con el motivo de la denegación. Tendrá 90 días para apelar la decisión por escrito.

*******Se brindará asistencia para completar la solicitud si es necesario; comuníquese con HSI Jamie al 888.488.4944 Ext 530 o Adam Ross al (888) 488-4944 Ext 470 para obtener ayuda*******

BEHAVIORAL GUIDELINES

- All Applicants and Qualified Clients are required to comply with all State and County policies and guidelines to receive services through the Frio County Indigent Health Care Program.
- All Applicants or Qualified Clients are required to comply with behavioral guidelines established by the state of Texas and apply to Frio Regional Hospital, Frio Regional Primary Urgent Care Clinic, and any other active medical staff affiliated with Frio Regional Hospital Association.
- All Applicants or Qualified Clients who are rude and display disruptive or abusive language and behavior will not be seen. Our personnel will be protected from dangerous situations; physical or combative confrontations are grounds for immediate termination from the Indigent Health Care Program.
- All Qualified Clients will be terminated from the Indigent Health Care Program for illicit drug usage and continued alcohol abuse, if not currently and actively participating in a supervised rehab program.
- All Qualified Clients are expected to give all physicians, Primary Cares, Urgent Cares, Hospital Outpatient Appointments at least 24 hours advance notice to cancellation of any appointments, if the client is unable to keep the appointment. The Client will be given a written/verbal warning for the first time then anytime another one is done again the client will be terminated from the Indigent Health Program for repeated failure to keep scheduled appointments.

I HAVE READ AND UNDERSTAND ALL THE ABOVE GUIDELINES AND UNDERSTAND THAT FAILURE TO COMPLY WITH THESE GUIDELINES COULD RESULT WITH SUSPENSION FROM THE INDIGENT HEALTH CARE PROGRAM:

Applicant Signature

Date:

Printed Name of Applicant

PAUTAS DE COMPORTAMIENTO:

- Todos los Solicitantes y Clientes Calificados deben cumplir con todas las políticas y pautas del Estado y del Condado para recibir servicios a través del Programa de Atención Médica para Indigentes del Condado de Frio.
- Todos los Solicitantes o Clientes Calificados deben cumplir con las pautas de comportamiento establecidas por el estado de Texas y postularse al Hospital Regional de Frio, la Clínica de Atención Primaria de Urgencia Regional de Frio y cualquier otro personal médico activo afiliado a la Asociación de Hospitales Regionales de Frio.
- Todos los Solicitantes o Clientes Calificados que sean groseros y muestren lenguaje y comportamiento perturbador o abusivo no serán vistos. Nuestro personal estará protegido de situaciones peligrosas; las confrontaciones físicas o combativas son motivo para la terminación inmediata del Programa de Atención Médica para Indigentes.
- Todos los Clientes Calificados serán dados de baja del Programa de Atención Médica para Indigentes por uso de drogas ilícitas y abuso continuo de alcohol, si no participan actualmente y activamente en un programa de rehabilitación supervisado.
- Se espera que todos los Clientes Calificados avisen a todos los médicos, Cuidados Primarios, Cuidados Urgentes, Citas de Pacientes Externos del Hospital con al menos 24 horas de anticipación para cancelar cualquier cita, si el cliente no puede asistir a la cita. Al cliente se le dará una advertencia escrita/verbal por primera vez y, en cualquier momento que se haga otra, el cliente será dado de baja del Programa de Salud para Indigentes por incumplimiento reiterado de las citas programadas.

HE LEÍDO Y ENTIENDO TODAS LAS NORMAS ANTERIORES Y ENTIENDO QUE EL INCUMPLIMIENTO DE ESTAS NORMAS PUEDE RESULTAR EN LA SUSPENSIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA INDIGENTES:

Firma del solicitante

Fecha

Nombre impreso del solicitante

FRAUD POLICY:

- If a person fails to report a change in income, residence, entity, or household members, such failure will make the applicant ineligible and terminated for benefits. Any benefits paid to a person while they are ineligible shall be repaid back in full to the facility. You have 14 days after being approved to report any changes.
- If a person fails to report a change in their employment and they receive insurance benefits through their employer, such failure will make the applicant ineligible for benefits and be terminated.
- If person fails to report they applied for any government insurance and was approved and didn't report it to our office, such failure will make the applicant ineligible for benefits and be terminated. Any benefits paid to a person while they are ineligible shall be repaid back in full to the facility. (Just be aware we do screen for any government benefits on a monthly basis)
- If a person knowingly provides false information for the purpose of qualifying for the Indigent Healthcare Program he or she are subject to Section 37.10 of the Texas Penal Code will be terminated immediately from the program and will not be able to apply for the services in the future.
- If a person knowingly alters any proof of eligibility documentation to submit for the purpose of qualifying for the Indigent Program he or she will be immediately terminated from the program and will not be able to apply for the services in the future. Such cases will be reported for further investigation and/or prosecution.

I HAVE READ AND UNDERSTAND ALL THE ABOVE POLICY AND UNDERSTAND THAT FAILURE TO COMPLY WITH THIS POLICY COULD RESULT WITH SUSPENSION FROM THE INDIGENT HEALTH CARE PROGRAM:

Applicant Signature

Date:

Printed Name of Applicant

POLÍTICA DE FRAUDE:

- Si una persona no informa un cambio en los ingresos, la residencia, la entidad o los miembros del hogar, tal omisión hará que el solicitante no sea elegible y se cancelarán los beneficios. Todos los beneficios pagados a una persona mientras no sea elegible se reembolsarán en su totalidad a la instalación. Tiene 14 días después de ser aprobado para informar cualquier cambio.
- Si una persona no informa un cambio en su empleo y recibe beneficios de seguro a través de su empleador, tal incumplimiento hará que el solicitante no sea elegible para los beneficios y será despedido.
- Si la persona no informa que solicitó cualquier seguro del gobierno y fue aprobado y no lo informó a nuestra oficina, tal incumplimiento hará que el solicitante no sea elegible para los beneficios y será cancelado. Todos los beneficios pagados a una persona mientras no sea elegible se reembolsarán en su totalidad a la instalación. (Solo tenga en cuenta que evaluamos mensualmente cualquier beneficio del gobierno)
- Si una persona proporciona información falsa a sabiendas con el fin de calificar para el Programa de Atención Médica para Indigentes, él o ella está sujeto a la Sección 37.10 del Código Penal de Texas, será cancelado inmediatamente del programa y no podrá solicitar los servicios en el futuro.
- Si una persona altera a sabiendas cualquier documentación de prueba de elegibilidad para presentarla con el fin de calificar para el Programa para indigentes, se le dará de baja inmediatamente del programa y no podrá solicitar los servicios en el futuro. Dichos casos serán reportados para una mayor investigación y/o enjuiciamiento.

HE LEÍDO Y ENTIENDO TODA LA POLÍTICA ANTERIOR Y ENTIENDO QUE EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA POLÍTICA PODRÍA RESULTAR EN LA SUSPENSIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA INDIGENTES:

Firma del solicitante

Fecha

Nombre impreso del solicitante



FOR OFFICE USE ONLY / PARA USO DE LA OFICINA

Status <input type="checkbox"/> Application <input type="checkbox"/> Review	Date Form 100 is Requested/Issued	Date Identifiable Form100 is Received	Case Record Number	Appointment Date and Time, if applicable
--	-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------	--

APPLICATION FOR HEALTH CARE ASSISTANCE / SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA

Name (Last, First, Middle)/Nombre (Apellido, primer, segundo)	Home Telephone No./Teléfono de la casa	Other Telephone No./Otro número de teléfono
---	--	---

Have you ever used another name? If so, list other names you have used./¿Ha usado alguna vez otro nombre? Si es el caso, enumere los nombres que ha usado.
 Yes/Si No

Mailing Address (Street or P.O. Box)/Dirección Postal (Calle o Apdo.)	Apt.# /Apto.#	City/Ciudad	State/Estado	ZIP
---	---------------	-------------	--------------	-----

Home Address, if different from above. If it is rural, give directions. / Domicilio particular, si es diferente a la dirección de arriba. Si es rural, explique cómo llegar.

1. On the chart below, fill in the first line with information about yourself. Fill in the remaining lines for everyone who lives in the house with you, whether or not you consider them household members. / En la tabla a continuación, llene la primera línea con información acerca de usted mismo. Llene las líneas restantes acerca de todos que viven en la casa con usted, los considere miembros de la unidad familiar o no.

Name (Last, First, Middle) Nombre (Apellido, primero, segundo)	Social Security Number (if available) Número de Seguro Social (si lo tiene a su disposición)	Sex Sexo Male/ Female Hombre/ Mujer	Date of Birth Fecha de nacimiento	What Relation to you? ¿Parentesco con usted?	Are you a sponsored alien? ¿Es usted un extranjero patrocinado?
				MYSELF Yo mismo	

The word "household" in Questions #2 - #16 refers to: you, your spouse, and anyone else that lives with you and with whom you have a legal relationship. You do not need to include information on people who live with you but are not part of your "household."
 Las palabras "unidad familiar" en las preguntas #2- #16 se refiere a: usted, su esposo o esposa, y cualquier otra persona que vive con usted y con quien tiene una relación legal. No necesita incluir información de las personas quienes viven con usted que no son parte de su "unidad familiar."

2. What is your household's county and state of residence (where you make your permanent home)?
 ¿En qué condado y en qué estado viven (tienen su hogar permanente) usted y las personas de la unidad familiar?

County/Condado _____ State/Estado _____

Do you plan to remain in this county and state?

¿Piensa quedarse en este condado y este estado? Yes/Si No

3. Living Arrangements/Vivienda

Check all boxes that apply to your household./Marque todas las cajitas que se apliquen a su caso.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Own or paying for home
Soy dueño de mi casa o la estoy comprando | <input type="checkbox"/> Live in a house provided by someone else
Vivo en una casa ajena | <input type="checkbox"/> No permanent residence
No tengo residencia permanente |
| <input type="checkbox"/> Live with someone else
Vivo con otra persona | <input type="checkbox"/> Rent House/Apartment
Rento una casa o apartamento | <input type="checkbox"/> Jail
Cárcel |

4. List your average monthly household expenses./Enumere los gastos mensuales de la unidad familiar.

- Rent/Mortgage/Renta/hipoteca.....\$ _____
- Utilities (gas, water, electric)/Servicios públicos (gas, agua, luz)\$ _____
- Telephone/Teléfono\$ _____
- Transportation, such as gas, car payments, bus/Transportación, tal como gasolina, pagos del carro, autobús\$ _____
- Tax and Insurance on home per year/Impuesto y seguro anual de la casa\$ _____
- Other/Otro.....\$ _____
- Other/Otro.....\$ _____
- Other/Otro.....\$ _____

Does anyone pay these household expenses for you?

¿Hay otra persona que paga estos gastos de la unidad familiar por usted? Yes/Sí No

If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿quién? _____

5. Are you – or is anyone in your household – receiving TANF Food Stamp Medicaid benefits?

¿Está usted o alguien de la unidad familiar recibiendo beneficios de TANF, estampillas para comida, y/o Medicaid? Yes/Sí No

If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿quién? _____

6. Are you – or is anyone in your household – pregnant?

¿Está usted o alguien de la unidad familiar embarazada? Yes/Sí No

If Yes, who?

Si contesta "Sí," ¿quién? _____

7. Are you – or is anyone in your household – disabled?

¿Está usted o alguien de la unidad familiar incapacitada? Yes/Sí No

If Yes, who?

Si contesta "Sí," ¿quién? _____

8. Have you – or has anyone in your household – applied for SSI or SSDI?

¿Alguna vez usted o alguien de la unidad familiar solicitó beneficios de SSI o SSDI? Yes/Sí No

If Yes, who applied and when?

Si contesta "Sí," quién los solicitó y cuando? _____

9. Do you – or does anyone in your household – have unpaid health care bills from the last three months?

¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar cuentas médicas sin pagar de los últimos tres meses? Yes/Sí No

If Yes, which months?

Si contesta "Sí," ¿Cuáles meses? _____

10. Do you – or does anyone in your household – have health care coverage (Medicare, health insurance, V. A., Tricare, etc.)?

¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar la cobertura médica (Medicare, seguro médico, V. A., Tricare, etc.)? Yes/Sí No

If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿quién? _____

11. How much money do you have? For example, on your person, in your home, in bank accounts, or other locations?

¿Cuánto dinero tiene usted; por ejemplo, en el bolsillo, en la casa, en las cuentas bancarias, o en otros lugares? \$

12. How many cars, trucks, or other vehicles do you – and anyone in your household -- have? List the year, make, and model in the chart below./¿Cuántos carros, camionetas u otros vehiculos tienen usted y las personas de la unidad familiar? Anote el año, la marca, y el modelo en la tabla a continuación.

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

	Year/Año	Make and Model/Marca y Modelo
3.		
4.		

13. Do you – or does anyone in your household – own or pay for a home, lot, land, or other things?

¿Tiene o paga usted o alguien de la unidad familiar una casa, un lote, un terreno, u otros bienes? Yes/Sí No

14. Did you – or did anyone in your household – sell, trade, or give away any cash or property during the last three months?

Durante los últimos tres meses, ¿traspasó, vendió o regaló usted o alguien de la unidad familiar dinero o alguna propiedad? Yes/Sí No

15. Have you – or has anyone in your household – worked in the last three months?

¿Ha trabajado usted o alguien de la unidad familiar en los últimos tres meses? Yes/Sí No

If Yes, who?

Si contesta "Sí," ¿quien? _____

16. List all of your household's income below. Be sure to include the following: Government checks; money from training or work; money you collect from charging room and board; cash gifts, loans, or contributions from parents, relatives, friends, and others; sponsor's income; school grants or loans; child support and unemployment./Haga una lista de los ingresos de la unidad familiar a continuación. Asegúrese de anotar: Cheques del gobierno; ingresos de trabajo o de capacitación; dinero que recibe de cobros de cuarto y comida; regalos en efectivo, préstamos, o aportaciones de sus padres, familiares, amigos, y otras personas; los ingresos del patrocinador; becas o préstamos de la escuela; o pagos por desempleo.

Name of person receiving money Nombre de la persona que recibe el dinero	Name of agency, person, or employer who provides the money Nombre del patrón, la persona o la agencia que paga el dinero	Amount received Cantidad recibida	How often received? (daily, weekly, every two weeks, twice a month, monthly?) ¿Con qué frecuencia lo recibe? (¿diariamente, por semana, cada quincena, dos veces al mes, una vez al mes?)

The statements I have made, including my answers to all questions, are true and correct to the best of my knowledge and belief.

I agree to give eligibility staff and the county any information necessary to prove statements about my eligibility.

I agree to report any of the following changes within 14 days:

- Income
- Resources
- Number of people who live with me
- Address
- Application for or receipt of SSI, TANF, or Medicaid

I have been told and understand that this application will be considered without regard to race, color, religion, creed, national origin, age, sex, disability, or political belief; that I may request a review of the decision made on my application or re-certification for assistance; and that I may request, orally or in writing, a fair hearing about actions affecting receipt or termination of health care assistance.

A mi leal saber y entender, las declaraciones que he hecho, y mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas.

Me comprometo a dar al personal que verifica la elegibilidad y al condado toda la información necesaria para comprobar mis declaraciones sobre la elegibilidad.

Me comprometo a avisar, dentro de los 14 días, de cualquier cambio de:

- Ingresos
- Recursos
- Número de personas que viven conmigo
- Dirección
- Solicitud de SSI, TANF, o Medicaid o la entrega de cualquiera de estas.

Me han dicho y comprendo que esta solicitud será considerada sin discriminación por raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, ni afiliación política; que puedo pedir una revisión de la decisión que se haga acerca de mi solicitud de asistencia o recertificación para asistencia; y que puedo pedir, oralmente o por escrito, una audiencia imparcial sobre cualquier acción que afecte la entrega o la terminación de asistencia de atención médica.

I understand that by signing this application, I am giving the county the right to recover the cost of health care services provided by the county from any third party. I agree to give the county any information it needs to identify and locate all other sources of payment for health care services.

I have been told and understand that my failure to meet the obligations set forth may be considered intentional withholding of information and can result in the recovery of any loss by repayment or by filing civil or criminal charges against me.

Comprendo que al firmar esta solicitud, doy al condado el derecho a recuperar de cualquier tercero el costo de los servicios médicos proporcionados por el condado. Me comprometo a dar al condado la información necesaria para identificar y localizar cualquier otro fuente de pagos por mis servicios médicos.

Me han dicho y comprendo que si dejo de cumplir con las obligaciones especificadas en ésta podría considerarse como una retención intencional de información y podría dar lugar a la recuperación de pérdidas por medio de la devolución de pagos o por medio de la presentación de cargos criminales en mi contra.

BEFORE YOU SIGN, BE SURE EACH ANSWER IS COMPLETE AND CORRECT.
ANTES DE FIRMAR, ASEGÚRESE DE QUE CADA RESPUESTA SEA COMPLETA Y CORRECTA.

Signature – Applicant / Firma – Solicitante

Date / Fecha

Signature – Spouse / Firma – Esposo o Esposa

Date / Fecha

If the applicant is married and his/her spouse is a household member, the spouse may also sign and date this Form 100 even if the spouse is a disqualified household member. Si el/la solicitante está casado/a y su esposo o esposa vive en la misma casa, el cónyuge también puede firmar que su esposo o esposa también firme esta Forma 100, aunque no tenga derecho de recibir asistencia.

Signature - Person Who Helped Complete This Application / Date
 Firma - Persona que ayudó a llenar esta solicitud / Fecha

Signature - Applicant's Representative / Date
 Firma - Representante del solicitante / Fecha

Signature – Witness (if signed with "X") / Date
 Firma – Testigo (si firma con "X") / Fecha

Address (Street, City, State, ZIP) and telephone number of anyone who helped complete this Form 100/Dirección (Calle, Ciudad, Estado, ZIP) y teléfono de la persona que ayudó a llenar esta Forma 100

Verificación del dueño de la vivienda

(El dueño de la vivienda donde vive el cliente, o su representante, tiene que llenar esta forma).

1. Fecha en que el inquilino se mudó a la vivienda

2. ¿Cuántas personas viven en la casa o apartamento?

3. Escriba el nombre de todas las personas que viven en la casa o apartamento. Escriba el nombre de su empleador, si lo sabe:

Nombre de la persona	¿Trabaja?		Empleador
	Sí	No	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Preguntas sobre el pago de la renta:

Cantidad de la renta	Porción de la renta que paga el inquilino	¿Quién paga la renta?
----------------------	---	-----------------------

¿Con qué frecuencia paga?

Cada semana Cada 2 semanas Cada quincena Cada mes

Método de pago

Dinero en efectivo Cheque Giro postal Otro (explique):

¿Está el inquilino al día con los pagos de la renta? Sí No

Si contesta "No", ¿cuál fue el último mes en que se pagó la renta?

¿Cuál es la cantidad total de la renta que se debe?

5. Preguntas sobre los servicios públicos:

¿Están incluidos en la renta los servicios públicos? Sí No

Servicios públicos que el inquilino es responsable de pagar

(marque todos los que apliquen): Gas Electricidad Teléfono

Las cuentas de servicios públicos se pagan directamente a: Dueño de la vivienda Compañía de servicios públicos

Escriba la dirección completa de la vivienda del inquilino:

Calle	Núm. de apto.	Ciudad	Código postal
-------	---------------	--------	---------------

Nombre del dueño de la vivienda o su representante (en letra de molde)

Firma del dueño de la vivienda o de su representante

Fecha

Dirección de la empresa o vivienda

Teléfono y código de área

APPLICATION REQUIREMENTS: **REQUISITOS DE SOLICITUD:**

The Frio County Indigent Health Care Program requires that all blank spaces on the application be completed at the time of submission. Applications that are incomplete or without the requested information will result in your application being denied or returned to you. Here is a checklist to use of what's needed to provide for your application as proof of documentation.

El Programa de Atención Médica para Indigentes del Condado de Frio requiere que todos los espacios en blanco de la solicitud se completen en el momento de la presentación. Las solicitudes que estén incompletas o sin la información solicitada darán como resultado que su solicitud sea denegada o devuelta. Aquí hay una lista de verificación para usar lo que se necesita para proporcionar su solicitud como prueba de documentación.

PROOF OF IDENTIFICATION for each applicant (& sponsor if applicable)

- Texas Driver's License / Texas ID Card
- Resident Alien Card & Passport
- Social Security Card
- Birth Certificate (if no other documentation available)
- Current identification from your home country

PROOF OF RESIDENCE

- TXDL or TXID with same address as on your application
- Voter's Registration Card with same address as on your application
- Current Utility Bill showing the same address as on your application (regardless of name on bill)

INCOME RENTAL-Provide Lease Agreement and complete the Landlord Verification Form

- Four (4) most recent paycheck stubs (NOTE: if you have unpaid medical bills from the past 3 months, then we need all paycheck stubs for those months as well)
- If paid in cash, you must bring a statement from your employer verifying your income
- If self-employed, bring current records or self-employment form
- Current Social Security Award Letter for both spouses and any children receiving it
- Current Child Support Statements (actual checks or court-ordered child support)
- Divorce decree
- Current verification for Workmen's Compensation medical benefits OR denial of benefits
- Current proof of any fixed income, such as: widow's benefits, retirement, pension, dividend payments, unemployment, workmen's compensation, etc.
- If applicable, sponsor's income will also be considered as part of the application

RESOURCES

- Bank statements from checking or savings accounts
- Verification of stock, bond, or retirement accounts
- Automobile registration or title for all vehicles in the household **regardless** of whose name the vehicle is in
- If applicable, sponsor's resources would also be considered as part of the application

VERIFICATION OF OTHER ASSISTANCE

- Current award / denial letters for Medicaid, TANF, SSI, Housing and Food Stamps or any other assistance program (bring all that apply)
- Management Verification Form completed, signed, and notarized by everyone who helps to support you
- Any assistance within the last 3 months from your local Social Services or charity organizations

