

## Do You Need Help With Prescription Drugs? ¿Necesita ayuda con los medicamentos recetados?

Prescription drug coverage will be available through Medicare January 1, 2006. This new Medicare drug coverage will help pay for prescriptions, but there are costs for premiums, deductibles and copayments. You may be eligible to receive extra help to reduce the amount of premiums, deductibles and copayments and still have the Medicare drug coverage. To find out if you are eligible for reducing your expenses for the drug coverage, you may apply through the Social Security Administration. You can apply online at [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) or you can call Social Security at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

La cobertura para recetas médicas estará disponible por medio de Medicare a partir del 1° de enero de 2006. Esta nueva cobertura de Medicare para recetas médicas ayudará a pagar los medicamentos, pero habrá costos por primas, deducibles y copagos. Puede llenar los requisitos para recibir ayuda adicional para reducir la cantidad de las primas, los deducibles y los copagos conservando la cobertura de Medicare para recetas médicas. Para saber si llena los requisitos para reducir sus gastos de la cobertura de recetas médicas, puede solicitar la cobertura mediante la Administración de Seguro Social. Puede hacerlo en línea en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

### Application for Assistance – Aged and Disabled Solicitud de asistencia (adultos mayores y personas discapacitadas)

#### ***(This is not an application for the Medicare Prescription Drug Coverage.)***

If you need help paying your medical expenses, assistance with home care, or help paying Medicare cost-sharing expenses, the Texas Medicaid program may be able to help you. If you are interested, please complete the enclosed application.

If you receive certain long-term care Medicaid services, related hospital and prescription drug services, and you are age 55 or older, the State of Texas can make a claim on your estate to recover the money that Medicaid has paid for your care. No claim will be made as long as you are survived by your spouse or your child who is under age 21 or disabled.

It is important that you answer each question. Please enter "no" or "none" to questions that do not apply to you, and be sure that the application is signed and dated. You may ask a friend or relative to help you.

Please include with your application proof of all income and things that you own. The proof may be COPIES of the documents listed below; **DO NOT SEND ORIGINALS:**

- Award letters (VA, Social Security, Railroad Retirement)
- Earnings statements
- Current bank statements
- Savings passbook
- Certificates of deposit
- Certificates of notes, stocks, or bonds
- Insurance policies (life, burial, or hospitalization)
- Transfer papers or deeds (for anything that you owned, but sold or gave away)
- Homestead tax appraisal
- Copy of promissory notes, mortgages, loans
- Prepaid burial contracts

After your application is received, we will review it to determine if you are eligible. We will notify you of the decision within 45 days.

#### ***(Ésta no es una solicitud para la cobertura de Medicare para recetas médicas).***

Si necesita ayuda para pagar gastos médicos, servicios de atención médica en casa o su parte de los gastos de Medicare, es posible que el programa de Medicaid de Texas pueda ayudarle. Si está interesado, por favor, llene la solicitud adjunta.

Si recibe ciertos servicios de atención a largo plazo de Medicaid, servicios relacionados de hospital y medicamentos recetados, y tiene 55 años o más, el estado de Texas puede presentar un reclamo de derechos contra su propiedad para recuperar el dinero que Medicaid ha pagado por sus servicios. No se presentará ningún reclamo de derechos si lo sobrevive su cónyuge o un hijo menor de 21 años o discapacitado.

Es importante que conteste todas las preguntas. Contesté "No" o "Ninguno" a las preguntas que no son pertinentes a su situación. Asegúrese de firmar la solicitud y poner la fecha. Puede pedir la ayuda de un pariente o amigo para contestar las preguntas.

Sírvase incluir con la solicitud pruebas de todos los ingresos y de las cosas que le pertenecen. **NO MANDE LOS ORIGINALES.** Estos comprobantes deben ser COPIAS de:

- Cartas de concesión (de Pensión de Veteranos, Seguro Social o Pensión de Ferrocarril)
- Estados de ingresos
- Estados de cuenta bancarios recientes
- Libretas de cuentas de ahorros
- Certificados de depósito
- Certificados de pagarés, acciones o bonos
- Pólizas de seguro (de vida, entierro u hospitalización)
- Documentos de traspaso o escrituras (de pertenencias o propiedades suyas que vendió o regaló)
- Avalúo de impuestos de la casa habitación principal
- Pagarés, hipotecas, préstamos
- Contratos de entierro prepagados

Después de recibir la solicitud, la estudiaremos para ver si llena los requisitos de elegibilidad. Le avisaremos de la decisión dentro de 45 días.

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS REGARDING THE APPLICATION, PLEASE CALL:

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE LA SOLICITUD, POR FAVOR, LLAME AL:

When you have completed the application, please mail it to us in the attached envelope. Someone will be in touch with you to schedule an interview. An interview is required as part of the application process. You may request a telephone interview.

Al completar la solicitud, por favor, envíenla en el sobre adjunto. Alguien le llamará para programar una entrevista. La entrevista es un requisito del trámite de solicitud. Puede pedir una entrevista por teléfono.

Free legal help from outside the department is available in many communities; call your local department office for information.

En muchos lugares se pueden obtener servicios de abogado gratis. Estos servicios no son del departamento, pero la oficina local puede darle información.

- I have been advised and understand that this application or recertification will be considered without regard to race, color, religion, creed, national origin, age, sex, disability, or political belief.
- I have been advised and understand that I may request a review of the decision made on my application or recertification for assistance and may request a fair hearing, orally or in writing, concerning any action or inaction affecting receipt or termination of assistance.
- I have been advised and understand that my estate will be required to repay the cost of certain long-term care services and any related hospital and prescription drug services, if there is not a valid reason for exclusion.
- If my case is selected for review, I give my consent for the Health and Human Services Commission (HHSC) to obtain information from any source to verify the statements I have made.
- I understand that HHSC may give my name, address, and telephone number to telephone and electric utility companies to help them determine if I qualify for a reduction in my bills.

- Me han informado y comprendo que esta solicitud o recertificación se tomará en cuenta sin distinción de raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencias políticas.
- Me han informado y comprendo que puedo pedir una revisión de la decisión que se tome sobre mi solicitud de asistencia o recertificación y que puedo pedir oralmente o por escrito una audiencia imparcial con respecto a cualquier acción o inacción que afecte la concesión o la terminación de asistencia.
- Me han informado y comprendo que el costo de ciertos servicios de atención a largo plazo y cualquier servicio relacionado de hospital y de medicamentos recetados tendrá que pagarse con mis propiedades, si no hay una razón válida para quedar exento.
- Si mi caso es seleccionado para revisión, doy mi permiso a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) para obtener información de cualquier fuente para verificar las declaraciones que he hecho.
- Comprendo que la HHSC puede dar mi nombre, dirección y número de teléfono a las compañías de teléfono y de luz para ayudarles a determinar si lleno los requisitos para recibir una rebaja en las cuentas.

#### PENALTY STATEMENT

- My answers to all of the questions, and the statements I have made, are true and correct to the best of my knowledge and belief.
- I understand that if I obtain, or assist another person in obtaining, medical assistance by fraudulent means, I may be charged with a state or federal offense; and I may also be held liable for any repayment of benefits fraudulently obtained.
- I will let HHSC know, within 10 days, of any changes that could affect my eligibility. This includes changes in income, resources, living arrangement, property holdings, or insurance (including health insurance premiums).

#### DECLARACIÓN SOBRE SANCIONES

- Mis respuestas a todas las preguntas y las declaraciones que he hecho son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.
- Comprendo que si obtengo, o ayudo a otra persona a obtener fraudulentamente asistencia médica, me pueden acusar de una infracción estatal o federal; y pueden hacerme responsable del pago de beneficios obtenidos fraudulentamente.
- Avisaré a la HHSC de cualquier cambio que pudiera afectar mi elegibilidad dentro de los 10 días siguientes. Éstos pueden ser, entre otros, cambios en ingresos, recursos, arreglos de vivienda, propiedades o seguros (inclusive en las primas del seguro médico).

If form is being distributed by an agency other than the Health and Human Services Commission, enter agency name:

For HHSC use only	<input type="checkbox"/> Application	Date Form Requested	Date Form Mailed	BJN
	<input type="checkbox"/> Recertification	Date Form Received	Appointment Date	Applicant/Client No.

**APPLICATION FOR ASSISTANCE-AGED AND DISABLED**  
**SOLICITUD DE ASISTENCIA (ADULTOS MAYORES Y PERSONAS DISCAPACITADAS)**

<b>Applicant's name (last, first, middle initial)</b> Nombre del solicitante (apellido, nombre)	<b>Social Security No.</b> Núm. de Seguro Social	<b>Medicare Claim No.</b> Núm. de reclamación de Medicare
--	---	--

<b>Home Address - Street &amp; No.</b> Domicilio - Calle y Núm.	<b>City, State, ZIP</b> Ciudad, Estado, Código postal	<b>County</b> Condado	<b>Telephone No.</b> Núm. de teléfono
--	--	--------------------------	--

<b>Mailing Address (if different) - Street &amp; No.</b> Dirección postal (si es diferente) - Calle y Núm.	<b>City</b> Ciudad	<b>State</b> Estado	<b>ZIP</b> Código postal
---	-----------------------	------------------------	-----------------------------

<b>Date of Birth</b> Fecha de nacimiento	<b>Sex</b> Sexo	<b>Race</b> Raza	<b>Resident of Texas?</b> ¿Es residente de Texas? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Do you plan to stay in Texas?</b> ¿Piensa quedarse en Texas? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
---	--------------------	---------------------	---	---

<b>U.S. Citizen?</b> ¿Es ciudadano de EE.UU.? ... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	<b>If you are a citizen, do you want to register to vote?/</b> Si es ciudadano, ¿quiere inscribirse para votar? ..... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

<b>Spouse's name (last, first, middle initial)</b> Nombre del cónyuge (apellido, nombre)	<b>Social Security No.</b> Núm. de Seguro Social	<b>Medicare Claim No.</b> Núm. de reclamación de Medicare
---	---	--

<b>Spouse's Address (if different)</b> Domicilio del cónyuge (si es diferente)	<b>City, State, ZIP</b> Ciudad, Estado, Código postal	<b>County</b> Condado	<b>Telephone No.</b> Núm. de teléfono
---	--	--------------------------	--

<b>Date of Birth</b> Fecha de nacimiento	<b>Sex</b> Sexo	<b>Race</b> Raza	<b>U.S. Citizen?</b> ¿Es ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Resident of Texas?</b> ¿Es residente de Texas? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
---	--------------------	---------------------	--	---

**Where do you live?/¿Dónde vive?**

Own home  
Vivo en casa propia

Rent House/Apartment  
Alquilo casa/apartamento

Live in House Provided by Someone  
Vivo en casa de otra persona

Live with Someone  
Vivo con alguien

Live in Nursing Facility/Continuing Care Retirement Community  
Vivo en un centro para convalecientes/Comunidad de atención continua para jubilados

<b>Do you pay rent?/</b> ¿Paga renta? ..... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Do you pay for your own food?/</b> ¿Paga por su propia comida? ..... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

<b>Do you have Medicare Part A?</b> ¿Tiene Medicare Parte A? ..... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Does your spouse have Medicare Part A?</b> ¿Tiene su cónyuge Medicare Parte A? ..... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

<b>Do you have Medicare Part B?</b> ¿Tiene Medicare Parte B? ..... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Does your spouse have Medicare Part B?</b> ¿Tiene su cónyuge Medicare Parte B? ..... <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

List ALL resources owned by You or Your Spouse. (Some resources may not be counted.)

Indique TODOS los recursos que le pertenecen a usted o a su cónyuge. (Algunos recursos pueden no contar).

Type Tipo	Amount Cantidad	Source/Name/Account No. Fuente/Nombre/Núm. de cuenta
Checking Account/Cuenta de cheques	\$	
Savings Account/Cuenta de ahorros	\$	
Certificate of Deposit Certificado de depósito	\$	
<p><b>You must disclose if you and/or your spouse have an interest in an annuity or similar instrument. If you are determined eligible for Medicaid, the State becomes the remainder beneficiary of that instrument.</b>            Tiene que divulgar si usted o su cónyuge tiene participación en anualidades o en instrumentos similares. Si determinan que usted llena los requisitos de Medicaid, el estado se vuelve nudo propietario de este instrumento.</p>		
Stocks/Bonds/Annuities Acciones/Bonos/Anualidades	\$	
<p><b>If you or your spouse own an annuity, is the State of Texas named the remainder beneficiary?</b>            Si usted o su cónyuge es dueño de una anualidad, ¿se ha nombrado al estado de Texas nudo propietario?</p>		<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
Preneed Funeral Contract Contrato de funeral prepago	\$	
Cash on Hand/Dinero en efectivo	\$	
Notes/Pagarés	\$	
Automobiles/Automóviles	\$	
Life Insurance/Seguro de vida	\$	
Burial Insurance/Seguro de entierro	\$	
Burial Plots/Terrenos de entierro	\$	
Other Lots or Land Otros terrenos o tierras	\$	
<p><b>If living in a Continuing Care Retirement Community, submit copy of admission contract.</b>            Si usted vive en una Comunidad de atención continua para jubilados, presente una copia del contrato de admisión.</p>		
<b>Additional Resources Owned by You or Your Spouse</b> Recursos adicionales que le pertenecen a usted o a su cónyuge	\$	
	\$	
	\$	

**HEALTH/HOSPITALIZATION INSURANCE/SEGURO MÉDICO O DE HOSPITAL**

Are you now covered or have you been covered during the past year by any insurance (no Medicaid or Medicare) paid for by you or someone else?

¿Tiene, o ha tenido en el último año, cobertura de algún seguro médico (que no fuera Medicaid ni Medicare) que usted u otra persona pagó? .....

Yes/Sí  No

If "Yes," complete the following: /Si contesta "Sí", llene lo siguiente:

Name of Insurance Company /Nombre de la compañía de seguros	Policy No./Núm. de póliza
Address of Insurance Company/Dirección de la compañía de seguros	Beginning Coverage Date Fecha de vigencia de la cobertura

List ALL Income Available to You or Your Spouse. (Some incomes may not be counted.)

Indique TODOS los ingresos que usted y su cónyuge tienen a su disposición. (Algunos ingresos pueden no contar).

TYPE OF INCOME TIPO DE INGRESOS	APPLICANT/CLIENT / SOLICITANTE/CLIENTE		SPOUSE / CÓNYUGE	
	Monthly Gross Ingreso mensual bruto	Source Fuente	Monthly Gross Ingreso mensual bruto	Source Fuente
<b>Social Security</b> Seguro Social	\$		\$	
<b>VA Pension</b> Pensión de Veteranos	\$		\$	
<b>Wages</b> Sueldos	\$		\$	
<b>RR Retirement</b> Pensión de Ferrocarril	\$		\$	
<b>Civil Service</b> A anualidad del Servicio Civil	\$		\$	
<b>Pension</b> Pensión	\$		\$	
<b>Annuity</b> A anualidad	\$		\$	
<b>Interest</b> Intereses	\$		\$	
<b>Farm Income</b> Ingresos agrícolas	\$		\$	
<b>Mineral/Royalty</b> Derechos minerales/ Regalías	\$		\$	
<b>Gifts</b> Regalos	\$		\$	
<b>Other Income</b> Otros ingresos	\$		\$	

Name of Person Completing Form (if not client) Nombre de la persona que prepara la solicitud (si no es el cliente)	Relationship to Client Relación con el cliente	Home Telephone No. Teléfono de la casa	Work Telephone No. Teléfono del trabajo
---	---	---	--

Address (Street, City, State, ZIP)/Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal)

**BE SURE THIS FORM IS SIGNED BEFORE IT IS RETURNED**  
**ASEGÚRESE DE FIRMAR ESTA FORMA ANTES DE DEVOLVERLA**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature-Client/Firma del cliente	Date/Fecha	Signature-Spouse/ Firma del cónyuge	Date/Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Relationship to Client/Relación con el cliente	
Signature-Responsible Person Firma de la persona responsable	Date/Fecha		

If the client cannot sign his name, two witnesses to the client making his mark (X) must sign below:

Si el cliente no puede firmar su nombre, debe poner una marca (X) ante dos testigos, que deben firmar a continuación:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature-Witness/Firma del testigo	Date/Fecha	Signature-Witness/Firma del testigo	Date/Fecha

- If you believe you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, sex, disability, political beliefs, or religion, you may lodge a complaint with the management staff of this agency and/or write or call immediately to:

Civil Rights Department  
Health and Human Services Commission  
P.O. Box 149030,  
Austin, TX 78714-9030  
1-888-388-6332  
TDD: 1-877-432-7232

or to: U.S. Dept. of Health and Human Services  
o a: Office of Civil Rights – Region VI  
1301 Young St., Room 1169  
Dallas, TX 75202  
1-800-368-1019  
TDD: 1-214-767-8940

- Si usted cree que lo han discriminado por motivo de raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, creencias políticas o religión, puede presentar una queja ante la administración de esta comisión o escribir o llamar inmediatamente a:

**With a few exceptions, you have the right to request and be informed about the information that the Health and Human Services Commission (HHSC) obtains about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask HHSC to correct information that is determined to be incorrect (Government Code, Sections 552.021, 552.023, 559.004). To find out about your information and your right to request correction, please contact your local HHSC office.**

Con algunas excepciones, usted tiene el derecho de saber qué información obtiene sobre usted la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) y de pedir dicha información. Si desea recibir y estudiar la información, tiene el derecho de solicitarla. También tiene el derecho de pedir que la HHSC corrija cualquier información incorrecta (Código Gubernamental, Secciones 552.021, 552.023, 559.004). Para enterarse sobre la información y el derecho de pedir que la corrijan, favor de ponerse en contacto con la oficina local de la HHSC.

**Social Security Numbers: You will be asked to provide the Social Security Numbers (SSNs) for all persons (including yourself) for whom you want assistance. If any of these persons do not have an SSN, we can help you apply for one. Providing or applying for an SSN is voluntary; however, providing or applying for an SSN is a condition of eligibility for benefits as required by Section 1137 of the Social Security Act. Therefore, any person who declines to apply for or provide an SSN may be found ineligible. The authority for these requirements is as follows: for Food Stamp benefits, 7 C.F.R. 273.6; for TANF benefits, 45 C.F.R. 205.52; and for Medical Assistance benefits, 42 C.F.R. 435.910. We will not share your SSN with the Bureau of Citizenship and Immigration Services (formerly INS). You will not have to provide SSNs for any family members who are not eligible because of immigration status and who are not asking for benefits. SSNs are used to verify eligibility, to conduct computer matching with other agencies (such as: the Texas Workforce Commission, the Social Security Administration, the Internal Revenue Service, credit reporting agencies) and other matching sources, and to recover benefits you were not entitled to receive. We may also share SSNs with telephone and electric companies to help them determine if you qualify for a reduction in your bills or with others to help you receive benefits based on need.**

Números de Seguro Social. Se le pedirá que dé el Número de Seguro Social (SSN) de todas las personas (inclusive el suyo) para quienes quiere asistencia. Si alguna de estas personas no tiene un SSN, le podemos ayudar a solicitarlo. Proporcionar el SSN o solicitar uno es voluntario; sin embargo, es una condición de la elegibilidad para beneficios, según lo exige la Sección 1137 de la Ley de Seguro Social. Por eso, es posible que cualquier persona que no quiera solicitar o proporcionar el SSN, no llene los requisitos. La autoridad que rige sobre estos requisitos es la siguiente: para los beneficios de estampillas para comida, el Título 7 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.), Sección 273.6; para los beneficios de TANF, el Título 45 del C.F.R., Sección 205.52, y para los beneficios de asistencia médica, el Título 42 del C.F.R., Sección 435.910. No le daremos su SSN a la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (antes el INS). No tiene que proporcionar los SSN de los miembros de la familia que no llenen los requisitos debido a su calidad de inmigración y que no estén solicitando beneficios. El SSN se usa para verificar la elegibilidad, para hacer búsquedas por medio de computadora en otros departamentos (como la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos y las compañías de informes de crédito) y de otras fuentes, y para recuperar los beneficios a los que no tenía derecho. Es posible que también demos su SSN a la compañía de teléfono y a la de luz para ayudarles a determinar si usted llena los requisitos para una reducción en sus cuentas o a otras personas para ayudarle a usted a recibir beneficios según su necesidad.



Date/Fecha
------------

Client Name and Address:

--	--

HHSC Staff/Personal de la HHSC
Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono

**Important Information from Medicare  
Do You Need Help With Prescription Drugs?**

**Medicare Prescription Drug Coverage – Prescription drug coverage will be available through Medicare January 1, 2006. This new Medicare drug coverage will help pay for prescriptions, but there are costs for premiums, deductibles, and copayments. You may be eligible to receive extra help to reduce the amount of premiums, deductibles and copayments and still have the Medicare drug coverage. To find out if you are eligible for reducing your expenses for the drug coverage, you may apply through the Social Security Administration. You can apply online at [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) or you can call Social Security at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).**

**Información importante de Medicare  
¿Necesita ayuda con los medicamentos recetados?**

La cobertura de Medicare para recetas médicas estará disponible por medio de Medicare a partir del 1° de enero de 2006. Esta nueva cobertura de Medicare para recetas médicas ayudará a pagar los medicamentos, pero habrá costos por primas, deducibles y copagos. Puede llenar los requisitos para recibir ayuda adicional para reducir la cantidad de las primas, los deducibles y los copagos conservando la cobertura de Medicare para recetas médicas. Para saber si llena los requisitos para reducir sus gastos de la cobertura de recetas médicas, puede solicitar la cobertura mediante la Administración de Seguro Social. Puede hacerlo en línea en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

**Application Letter Attachment**

**The attached application is not an application for the Medicare Prescription Drug Coverage.**

**Anexo a la carta de solicitud**

**Ésta no es una solicitud para la cobertura de Medicare para recetas médicas.**

Each question on the application form must be answered. Enter "no" or "N/A" to questions that do not apply. A question that is left blank will be considered unanswered. You may ask a friend or relative to help you.

Hay que contestar todas las preguntas de la solicitud. Contestar "No" o "N/A" para las preguntas que no son pertinentes. Hay que llenar todos los espacios, de lo contrario se considerará que dejó la pregunta sin contestar. Puede pedir ayuda a un amigo o a un pariente.

*Please include with the application proof of all income and things that are owned. The proof may be copies of: award letters (VA, Social Security, Railroad Retirement); your last three bank statements; savings passbook; certificates of deposit; certificates of notes, stocks or bonds; insurance policies (life, burial, hospitalization); transfer papers or deeds (for anything that was sold or given away within the past 60 months); and prepaid burial contracts.*

*Sírvase incluir con la solicitud pruebas de todos los ingresos y de las cosas que le pertenecen. Las pruebas pueden ser copias de cartas de concesión (Pensión de Veteranos, Seguro Social, Pensión de Ferrocarril); los últimos tres estados de cuenta bancarios; libreta de cuenta de ahorros; certificados de depósito; certificados de pagarés, acciones o bonos; pólizas de seguro (de vida, entierro u hospitalización); documentos de traspaso o escrituras (de cualquier cosa que haya vendido o regalado en los últimos 60 meses) y contratos de entierro prepagados.*

The application should be signed by the applicant and his/her spouse, the guardian, power-of-attorney or responsible party. After the application is received, it will be reviewed to determine eligibility. A face-to-face interview is usually required. You will be notified of the decision.

El solicitante y su cónyuge, el curador, el apoderado o la persona responsable deben firmar la solicitud. Después de recibir la solicitud, se revisará para determinar la elegibilidad. Generalmente se necesita una entrevista en persona. Se le avisará sobre la decisión.

If you have questions, please contact the location indicated above.

Si tiene alguna pregunta, favor de comunicarse con la oficina indicada anteriormente.

<p><b>If you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, sex, disability, political beliefs or religion, you may lodge a complaint with the management staff of this agency and/or write immediately to:</b></p> <p>Si usted cree que ha sido discriminado por motivo de su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, afiliación política o religión, puede quejarse ante la administración de esta comisión o escribir inmediatamente a:</p>	<p><b>Civil Rights Department Health and Human Services Commission P.O. Box 149030 Austin, TX 78714-9030</b></p>
---	--

**AUTHORIZATION TO FURNISH INFORMATION**  
**AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN**

I, \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_  
Yo, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
**(Name of Applicant or Recipient)** **(Name of Spouse)**  
(Nombre del Solicitante o Cliente) (Nombre del Cónyuge)

**living at**  
con residencia en \_\_\_\_\_  
**(Address/Dirección)**

**do hereby authorize persons, organizations, or establishments having information or records concerning me/us (or) my/our circumstances, to furnish such information to a representative of the Texas Health and Human Services Commission.**

con ésta autorizo a las personas, las organizaciones o los establecimientos que tengan información o documentos sobre mí o sobre mis circunstancias, para que den tal información al representante la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

**Exception: This authorization does not grant permission for my doctor or other health care provider to release my personal health information from my records.**

Excepción: esta autorización no les da permiso a mi doctor ni a otros proveedores de atención médica para divulgar mi información médica personal del expediente.

**I hereby grant permission for the Texas Health and Human Services Commission to obtain information which may have a bearing on my/our eligibility for assistance.**

Con ésta doy permiso a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas para que obtenga la información que pueda necesitar para determinar si tengo derecho a asistencia.

\_\_\_\_\_  
**Signature – Applicant or Recipient**  
Firma – Solicitante o Cliente

\_\_\_\_\_  
**Date/Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Signature – Spouse/Firma – Cónyuge**

\_\_\_\_\_  
**Date/Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Signature – Guardian, Power of Attorney,  
Parent of Minor Child**  
Firma – Tutor, Agente, Padre del menor

\_\_\_\_\_  
**Date/Fecha**