

This is an Official Government Record. Untrue or Incomplete information given on this form may result In Criminal Action being taken under Sections 31.04, 37.10 or other portions of the Texas Penal Code.

Policy #: NA003

Attachment

Page 1 of 3

**Nueces County Hospital District**  
**Distrito de Hospital del Condado de Nueces**

FOR AGENCY USE ONLY/PARA USO DE LA AGENCIA			
FORMER RECIPIENT?	DATE FILED	DATE COMPLETED	COMMENTS
YES                      NO			

**APPLICATION FOR ASSISTANCE / SOLICITUD DE ASISTENCIA**

Applicant's Name (Last, First, Middle)(Nombre del Solicitante(Apellido, Nombres))	Home Telephone No./Teléfono-Casa	Work Telephone No./Teléfono-Trabajo			
Home Address-(Street or P.O. Box)/Dirección de Residencia (Calle o Apdo.)	Apt.#/Apto.#	City/Cuidad	State/Estado	Zip	County/Condado

1. List the members of your household/ Dé la siguiente información para las personas de su casa:

NAME (Last, First, Middle) NOMBRE (Apellido, Nombres)	MARITAL STATUS	WHAT KIN TO YOU? RELACION DE PARENTESCO	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	SEX SEXO	RACE RAZA	U.S. CITIZEN CIUDADANO DE LOS EUA		LEGAL ALIEN RESIDENTE LEGAL		IN SCHOOL ESTA EN LA ESCUELA		SOCIAL SECURITY NUMBER NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
						Yes	No	Yes	No	Yes	No	
						Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Applicant/Solicitante (a)		SELF USTED MISMO										
(b)												
(c)												
(d)												
(e)												
(f)												
(g)												
(h)												

2. Are you or is anyone in your household receiving TANF, Food Stamps, and/or Medicaid benefits anywhere else?  
 ¿Está usted o alguna persona de su casa recibiendo beneficios de TANF, Estampillas para Comida y/o Medicaid en otro lugar?..... Yes/Sí No  
 If "Yes" where?/Si contesta "Sí," ¿Dónde? \_\_\_\_\_

3. Is anyone in your household disabled?  
 ¿Hay entre las personas de su casa alguna persona incapacitada?..... Yes/Sí No

4. How much cash money do you and the members of your household have (in pockets, bank accounts, anywhere else)?  
 Entre usted y todas las demás personas de su casa, ¿cuánto dinero tienen a su disposición (en los bolsillos, las cuentas bancarias, o donde sea)?.....

\$
----

**Nueces County Hospital District**  
**Distrito de Hospital del Condado de Nueces**

5. **How many cars, trucks, or other vehicles does your household have?**  
 ¿Cuántos carros, camionetas, u otros vehículos tienen las personas de su casa?.....

--

1. Year/Año Make and Model/Marca y Modelo →	2. Year/Año Make and Model/Marca y Modelo →	3. Year/Año Make and Model/Marca y Modelo →
--	--	--

6. **Do you (or does anyone in your household) own or are you paying for a home, lot, land, life insurance, or other things?**  
 ¿Tiene o está pagando usted o algún persona de su casa, por una casa, un lote, un terreno, una póliza de seguro de vida, o alguna otra cosa?..... Yes/Sí No

7. **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 algún persona de su casa dinero o alguna propiedad?..... Yes/Sí No

8. **What is the total income (money, cash, or checks) that you expect your household to receive this month?**  
 ¿Cuánto es el total de los ingresos (dinero en efectivo o en cheque) que esperan recibir en este mes entre usted y todas las demás personas de su casa?.....

\$
----

9. **Does anyone get any other money, cash, or checks? (Include school grants, scholarships, loans, child support, unemployment, government checks, etc.)**  
 ¿Recibe alguna persona de la casa otro dinero en efectivo o en cheques? (Incluya concesiones para la escuela, becas, préstamos, sostenimiento para niños, pagos por desempleo, cheques del gobierno, etc.)..... Yes/Sí No

10. **List all of your household's income below:/ Dé la siguiente información para todos los ingresos recibidos:**

NAME OF PERSON WORKING OR RECEIVING MONEY NOMBRE DE LA PERSONA QUE TRABAJA O QUE RECIBE EL DINERO	NAME OF EMPLOYER, PERSON, OR AGENCY THAT PROVIDES THE MONEY NOMBRE DEL PATRON, PERSONA, O AGENCIA QUE PAGA EL DINERO	HOW OFTEN RECEIVED? ¿CADA CUANTO LO RECIBE?	AMOUNT RECEIVED CANTIDAD RECIBIDA

11. **Does anyone have any unpaid medical bills from the last two months?**  
 ¿Tiene alguien de su casa cuentas médicas sin pagar de los últimos dos meses?..... Yes/Sí No

12. **Do all the listed people who want assistance plan to stay in this county as residents?**  
 ¿Piensan quedarse en este condado como residentes todas las personas de la lista que quieren asistencia?..... Yes/Sí No

13. **Living Arrangements/Vivienda**

Check all boxes that apply to your household:/Marque todas las casillas que se aplican a su casa:

<b>Own or Paying for Home</b> Soy Dueño de mi Casa o la Estoy Comprando	<b>No Permanent Residence</b> No Tengo Residencia Permanente	<b>Renting</b> Rento
<b>Migrant or Seasonal Farmworker</b> Soy Trabajador Migratorio o de Temporada	<b>Live with Relatives or Friends</b> Vivo con Parientes o Amigos	

14. **Does anyone have health insurance?**  
 ¿Tiene alguien de su casa seguro médico?..... Yes/Sí No

15. **Have you or a member of your household applied for SSI?**  
 ¿Alguna vez usted o alguna persona de su casa solicitó beneficios de SSI?.....

Yes/Sí No

If "Yes", who applied?/Si contestó "Sí," ¿quién los solicitó? \_\_\_\_\_

I agree to give eligibility staff, the Nueces County Hospital District (NCHD), and the Texas Department of Health any information necessary to prove statements about my eligibility. I will cooperate fully with a quality control review, audit or investigative inquiries.

Me comprometo a darle al personal del departamento de elegibilidad, del Distrito de Hospital del Condado de Nueces (NCHD), y al Departamento de Salud de Texas, toda la información necesaria para comprobar mis declaraciones sobre la elegibilidad, colaboraré plenamente para que hagan un análisis de control de calidad, una auditoría de contabilidad o investigaciones.

I authorize NCHD to request my information from financial institutions, credit bureaus, government agencies and current or previous employers or landlords. I specifically authorize NCHD to access my credit report. I authorize the parties listed above to release any information to NCHD relevant to my ongoing assistance.

Autorizo a NCHD que solicite mi información de institutos financieros, agencia de crédito, agencias de gobierno, y de mi presente o previo empleador o propietario. En particular autorizo el acceso de mi reporte de crédito a NCHD. Autorizo a las entidades mencionadas, la entrega de cualquier información a NCHD que sea relacionada a la asistencia que estoy recibiendo.

I agree to report any of the following changes within 14 days: income, resources, the number of people who live with me, address, and application for, or receipt of, SSI, TANF or Medicaid. Failure to report any changes may result in loss of eligibility.

Me comprometo a reportar dentro de 14 días cualquier cambio de las siguientes circunstancias: ingresos, recursos, número de personas que viven conmigo, dirección, o solicitud de SSI, TANF, Medicaid o recibo de cualquiera de estas ayudas. Falta de reportar cualquier cambio puede resultar en la pérdida de mi elegibilidad.

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 recertification for assistance; and that I may request, orally or in writing, a fair hearing about actions affecting receipt of or stopping assistance.

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

I authorize NCHD to request and use my (our) medical records for Nueces County Hospital District program purposes. A copy of this authorization will be as valid as the original. The Nueces County Hospital District will use medical records for internal Nueces County Hospital District purposes only.

Autorizo a NCHD que solicite y utilice mis datos médicos con el propósito al programa de NCHD. Una copia de esta autorización será tan válida como el original. NCHD solamente usará los datos médicos para usos internos de NCHD.

I understand that I must apply for Medicaid, Medicare or any other funding source for any charges or services that may be potentially covered under these programs.

Entiendo que estoy obligada(o) a buscar y aplicar a otros programas como Medicaid y Medicare que cubren estos servicios o cargos.

I certify under penalty of perjury that the information I have provided on this application is true and complete to the best of my knowledge.

Según mi leal saber y entender, certifico bajo pena de perjurio que la información en esta aplicación es verdadera y completa.

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

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

\_\_\_\_\_  
 Signature - Applicant/Firma-Solicitante

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

\_\_\_\_\_  
 Print Name

\_\_\_\_\_  
 Social Security Number

\_\_\_\_\_  
 Date of Birth

\_\_\_\_\_  
 Drivers License # & State

\_\_\_\_\_  
 Signature - Spouse/Firma-Espos/o Esposa

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

\_\_\_\_\_  
 Print Name

\_\_\_\_\_  
 Social Security Number

\_\_\_\_\_  
 Date of Birth

\_\_\_\_\_  
 Drivers License # & State

\_\_\_\_\_  
 Signature - Person who helped complete this application  
 Firma - Persona que ayudo a llenar esta solicitud

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