

DOCUMENTOS QUE ACEPTA THMP

Este formulario tiene ejemplos de lo que THMP aceptará. Esta lista no contiene toda la información necesaria. Consulte la aplicación para obtener más información. También puede llamar a su agencia local o al THMP.

Toda la aplicación debe ser llenada. Necesitamos la información más actualizada. Por favor firme, incluyendo la fecha en Sección 8 antes de entregar la aplicación. Puede encontrar la aplicación más reciente al: dshs.texas.gov/hivstd/meds/document.shtm.

(1) El THMP necesita prueba de dónde vive. La prueba debe tener su nombre completo y ser actual y válida. Si es **estudiante viviendo fuera de Texas** para atender a la escuela, puede aplicar al THMP si tiene: **a) una carta de negación del ADAP del Estado donde está la escuela, b) prueba de su dirección donde vive en Texas y c) prueba de que está escrito en la escuela.**

(2) El THMP necesita prueba de sus ingresos. Necesitamos saber cuánto gana y que tan seguido le pagan. Si está casado, se necesita lo mismo para su cónyuge. Esto incluye si está en unión libre. También necesitamos saber cuántos niños menores de 17 años o menos que viven con usted. Esto incluye sus propios hijos biológicos o adoptados o hijastros. Usamos esta información para averiguar sus ingresos familiares.

Si no gana ingresos, podemos aceptar otras pruebas:

Si es Estudiante	Podemos tomar una carta que muestre que está inscrito en la escuela y su carta de aprobación de ayuda financiera actual. Esto debe ser de su escuela no de FAFSA.
Si paga sus cuentas con sus ahorros	Una copia de su cuenta de banco más reciente que muestre los depósitos y los retiros de fondos.
Si paga sus cuentas con Manutención de niños	Necesitamos su carta de la División de la Procuraduría General para la Manutención de Niños. Si tiene acuerdo informal de mantenimiento de hijos, podemos tomar una carta de usted y del otro padre. El documento de mantenimiento de hijos tiene que explicar cuánto recibe y con qué frecuencia.
Si usted está sin hogar	Una carta del albergue para personas sin hogar o de una agencia local que debe explicar su situación y donde recibe correspondencia.
Si depende de otra persona	Una copia de la forma Declaración de Manutención completada y firmada por la persona que le da apoyo.

(3) Si usted es nuevo en el programa, pídale a su médico que llene un "Formulario de Certificación Médica" (MCF). Esto nos dirá qué medicamentos necesita.

Si es necesario, THMP solicitará información adicional, incluyendo la copia más reciente de su declaración de impuestos del IRS o prueba que no declaró impuestos.

Documentos Que Acepta THMP

<u>Prueba de Domicilio</u>	<u>Prueba de Ingresos</u>	<u>Prueba de Seguro Medico</u>
<p>Elija uno. Debe ser donde vive actualmente e incluir su nombre.</p> <p>Documentos de vehículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de vehículos valido • Licencia de Manejar valida • Seguro de auto <p>Documentos del Estado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta de Identificación del estado de Texas • Cartas de beneficios de Medicaid, SNAP y TANF • Carta de beneficio de desempleo <p>Documentos del gobierno federal, ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cartas de beneficios del Seguro Social, Medicare • Recibo del servicio postal (USPS) verificando su dirección actual o cambio de dirección • la transcripción de declaración de impuestos o comprobante de que no declaro impuestos (de IRS), W2 • Registro de electores <p>Copias de las facturas (dentro de los 30 días a partir de la fecha de su firma en la aplicación):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrato hipotecario o de renta con página de firma • Documentos de impuestos de propiedad • Facturas de electricidad/gas, teléfono fijo, cable <p>Otros documentos (dentro de los 30 días a partir de la fecha de su firma en la aplicación):</p> <ul style="list-style-type: none"> • documentos de empleo (talón de cheque), prueba de inscripción escolar, carta de aprobación de ayuda financiera escolar • correo enviado a usted marcado con la fecha y con el impreso postal del USPS o medidor marcado de USPS • una carta del albergue o trabajador de la agencia (firmada y fechada) para la verificación que esta sin hogar o donde vivir 	<p>Elija uno. Debe mostrar los ingresos recibidos en un mes.</p> <p>Talones de pago actuales del empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Talones de cheque demostrando 30 días de trabajo dentro los últimos 60 días <p>Carta de Aprobación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficios de incapacidad de Seguro Social • Veteranos militares • Jubilación • Pensión conyugal • Beneficios de desempleo. <p>Forma de verificación de ingresos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sí le pagan en efectivo o empezó un nuevo trabajo y no tiene talones de cheque (si es nuevo empleo, debe incluir talón de pago que ha recibido) <p>Copia de Declaración de Impuestos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si trabaja por su cuenta, incluya copia de su declaración de impuestos • Su Declaración de impuestos debe estar firmado por usted o la persona quien lo preparo o debe incluir prueba de presentación electrónica • Puede pedir copia de su declaración de impuestos al IRS 30 días antes de entregar su aplicación <p>Formulario de Declaración de Ingresos del Negocio Propio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El formulario debe reflejar sus ingresos de los últimos 30 días. Debe incluir el tipo de trabajo, forma de pago (efectivo, cheque, trueque) y que tan seguido le pagan; debe de estar firmado y fechado. 	<p>Si tiene seguro médico privado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presente prueba de cobertura, la Sección 7 completa de la aplicación, y copia de tarjeta de su seguro (anverso y reverso). <p>Si su póliza venció hace menos de 90 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presente prueba de vencimiento. <p>Si está interesado para asistencia con COBRA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presente prueba de vencimiento, y Sección 7 de la aplicación completa, • Copias de los documentos de COBRA y copia de tarjeta de seguro (anverso y reverso) y debe incluir su tarjeta para recetas • Si es elegible, TIAP pagará su prima de COBRA, los deducibles por recetas y los copagos.

Reporte Propio para Asistencia Con Medicamentos en Texas
Complete este formulario solo si actualmente está inscrito en THMP.

Su Reporte Propio debe presentarse 6 meses después de su mes de nacimiento. Por favor responda a **todas** las preguntas a continuación y proporcione los documentos necesarios sobre **cambios** en sus ingresos, su domicilio o el estado de su seguro médico.

Envíe su aplicación completa a: Texas Department of State Health Services, ATTN: MSJA - MC 1873, PO Box 149347, Austin, TX 78714-9347 -O- Fax al (512) 989-4011. Las copias electrónicas de todos los formularios del programa están disponibles en dshs.texas.gov/hivstd/meds/.

Sección 1: Información Personal

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Sufijo (Jr., Sr. o III)
----------	---------------	----------------	-------------------------

¿Tiene un número de Seguro Social? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Núm. de Seguro Social (si tiene uno):	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):
--	---------------------------------------	-----------------------------------

Dirección postal- (Puede utilizar un apartado de correos o una ruta rural.)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

¿Cuál es el mejor núm. de teléfono para comunicarnos con usted durante horas de trabajo?

Sección 2: Comprobantes de Domicilio e Ingresos

Si el lugar donde vive (residencia) o cómo se mantiene (ingresos) **no ha cambiado**, complete este formulario. Para cambios, proporcione un documento listado en el **Formulario: Documentos que THMP Acepta** para mostrar este cambio.

Domicilio- Indique su dirección actual a continuación.

Dirección actual de la calle (donde vive ahora, no utilice un apartado de correos ni rutas rurales):	Núm. de Apartamento
--	---------------------

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

¿Se ha mudado desde su última aprobación de THMP? No (no necesita documentación)
 Sí, y he incluido una copia de lo siguiente con mi nueva dirección: Licencia de Manejar o Identificación de Texas Factura de servicios públicos Contrato de arrendamiento Otro:

Ingresos: ¿Tiene usted o su cónyuge nuevos ingresos desde su última aprobación de THMP?
 No (no necesita documentación) Yo/nosotros no tenemos ingresos (no necesita documentación)
 Sí: Yo tengo/ mi cónyuge tiene nuevo empleo o nueva fuente de ingresos o apoyo.
(Adjunte documentos que muestren todos los ingresos que su cónyuge y usted reciben actualmente, incluidos estos nuevos ingresos, como talones de cheques, ayuda financiera, documentos de desempleo o jubilación).

Sección 3: Seguro médico (Si tiene seguro médico, proporcione copia del frente y reverso de la tarjeta del seguro).

¿Tiene seguro médico? No (Si no, por favor pase a Sección 4) Sí

Actualmente estoy inscrito en uno de los siguientes: Medicare (Parte A, B, C o D) Medicaid
 Seguro Médico Privado Plan Médico de Ley de Asistencia Asequible-ACA/Plan del Mercado COBRA

Sección 4: Certificación (Se requiere firma y fecha.)

Al firmar a continuación, verifico que la información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

X.	
Firma del aplicante o representante del aplicante:	Fecha Requerida (mm/dd/aaaa)

Importante: El aplicante debe firmar este formulario si lo completa en persona. El padre o tutor del aplicante debe firmar este formulario si el aplicante tiene 17 años o menos. El trabajador de la agencia debe firmar este formulario si lo completa con el aplicante por teléfono. Los Reportes Propios por teléfono deben incluir el nombre, la firma y el nombre de la agencia del miembro del personal que completa el formulario.

To be completed by	Primary Reviewer	Date
secondary reviewer:	Secondary Reviewer	Date

**Actualizaciones para el Programa de Asistencia de Seguro de Texas (TIAP)
(Complete este formulario solo si actualmente está inscrito en THMP.)**

Si respondió SÍ en Sección 3 del Reporte Propio, debe completar este formulario. Aplicantes que están inscritos en THMP y ahora tienen SEGURO MEDICO PRIVADO deben llenar este formulario. Si es un nuevo aplicante de THMP, no complete este formulario. THMP solicitará esta información en el formulario: **Formulario: Aplicación de Texas Para Asistencia con Los Medicamentos. TIAP ofrece ayuda con los copagos, los coaseguros y las primas relacionados con los planes de COBRA y el seguro médico privado.**

Sección 1: Datos personales

1. Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Sufijo (Jr., Sr. o III)
-------------	---------------	----------------	-------------------------

2. ¿Tiene un número de Seguro Social? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Núm. de Seguro Social (si tiene uno):	3. Fecha De Nacimiento (mm/dd/aaaa):
---	---------------------------------------	--------------------------------------

4. Mientras revisamos su aplicación, es posible que necesitemos comunicarnos con usted por teléfono. ¿Cuál es el mejor número de teléfono para comunicarnos con usted en horas de trabajo?
¿Podemos dejar mensajes de voz? No Sí

4a. Proporcione instrucciones especiales sobre cómo debemos dejar un mensaje si no está disponible.

Sección 2: Información sobre el seguro (Proporcione copia del frente y el reverso de la tarjeta del seguro.)

5. ¿Está inscrito en un plan de seguro privado o ha perdido su seguro en los últimos 90 días?
 No (no llene este formulario) Sí (proporcione la información del plan a continuación)

Nombre de la compañía de seguro médico:

Número de póliza:	Teléfono de la compañía de seguro médico:
-------------------	---

¿Ha terminado su seguro médico? No Sí

En caso afirmativo, proporcione **la fecha en que el seguro médico terminó:**

6. ¿Tiene un plan del Mercado de la Ley de Atención Asequible (ACA) Plan de Mercado: No Sí
¿Tiene un plan Individual, un Plan que no se ajusta a la ACA o un plan fuera del Mercado: No Sí
¿Tiene un plan a través de mi empleo: No Sí

7. ¿Tiene COBRA o perdió el seguro médico que tenía a través de su empleo y está interesado/a en COBRA? No Sí (En caso afirmativo, complete a-b a continuación y envíe copias de su documentación COBRA y su talonario de cupones de pago a THMP con esta aplicación.)

a. ¿Ya envió sus documentos de COBRA? No Sí Fecha en que los envió:

Número de teléfono del administrador de COBRA:

Fecha límite de la selección o inscripción en COBRA:

Fecha límite del pago inicial de COBRA:

Número de cuenta de COBRA #:

b. Para aplicare para la asistencia de COBRA, debe llamar a su plan y autorizar al "Programa de Asistencia de Seguros de Texas del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas" para hablar con los representantes de su plan de seguro de salud en su nombre.

Fecha del trámite:

Sección 3: Certificación (Se requiere firma y fecha.)

Mis respuestas son verdaderas. Esta aplicación es para un cambio de servicios. Mi firma a continuación confirma el acuerdo que firmé en mi aplicación inicial de THMP. Verifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

X.	Fecha Requerida (mm/dd/aaaa)
-----------	-------------------------------------

Firma del aplicante (o firma del padre o tutor si el aplicante es menor de 17 años o menos)