

## Aplicación de Texas para Asistencia con Medicamentos (Requerido)

**Por favor envíe su aplicación completa a:** Texas Department of State Health Services, ATTN: MSJA - MC 1873, PO Box 149347, Austin, TX 78714-9347 **o por fax al:** (512) 989-4011.

**Si necesita ayuda con este formulario, llame a su agencia local.** Llame al 2-1-1 para obtener información sobre las agencias locales. **Llame al THMP al 800-255-1090 si tiene preguntas sobre esta aplicación.**

### Sección 1: Datos personales

<b>1. Apellido</b>	<b>Primer nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>	<b>Sufijo (Jr., Sr. o III)</b>
<b>2. Nombres anteriores</b> (incluido el apellido materno, los alias y cambios de nombre)		<b>2a. Nombre preferido/pronombres</b>	
<b>3. ¿Tiene número de Seguro Social?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<b>Núm. de Seguro Social o de Identificación fiscal/impuesto/TIN</b>		<b>4. Fecha de Nacimiento</b>
<b>5. Idioma preferido:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:			
<b>6a. Género actual</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Transgénero M/F <input type="checkbox"/> Transgénero F/M	<b>6b. Sexo al nacer</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Se desconoce		<b>6c. Si corresponde, ¿está usted embarazada actualmente?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha prevista del parto:
<b>7a. Grupo étnico</b> (marcar uno) <input type="checkbox"/> Hispano/a (seleccione el origen) <input type="checkbox"/> Mexicano/a, Mexicanoamericano/a, chicano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño/a <input type="checkbox"/> Cubano/a <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino/a o de origen español <input type="checkbox"/> No Hispano/a	<b>7b. Raza</b> (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro/a o afroamericano/a <input type="checkbox"/> Asiático/a (por favor seleccione el origen) <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Coreano/a <input type="checkbox"/> Chino/a <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Filipino/a <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico (por favor seleccione el origen) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guameño/a o Chamorro/a <input type="checkbox"/> Samoano/a <input type="checkbox"/> otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra o se desconoce		
<b>8. Proporcione el primer núm. de teléfono</b> <span style="float: right;"><b>el segundo núm. de teléfono</b></span> que el THMP puede usar para ponerse en contacto con usted.			
<b>8a. ¿Podemos dejar un mensaje de voz?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>9. ¿Está actualmente casado/a?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (complete 9a. - 9b.)			
<b>9a. ¿Su cónyuge también está inscrito en TMHP?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>9b. Nombre de conyugue</b>	<b>Numero Social de Conyugue</b>		<b>Fecha de Nacimiento de conyugue</b>
<b>10. ¿Está actualmente encarcelado o salió recientemente de la cárcel o prisión?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Si contestó sí, conteste las preguntas de la 10a. a la 10c.)			
<b>10a. Nombre de la institución</b>	<b>10b. Núm. de ID correccional</b>	<b>10c. Fecha de salida</b>	

### Sección 2: Comprobante de domicilio

Envíe con esta aplicación copias de documentos que comprueben como se mantiene (sus ingresos) y dónde vive (su domicilio). **Lista de documentos aceptados por THMP** menciona estos documentos.

**11. Domicilio:** Escriba abajo la dirección en donde vive. Indique qué tipo de comprobante de su dirección actual ha incluido con esta aplicación: ☐ licencia de conducir de Texas ☐ factura de luz, agua u otro servicio público ☐ registro de electores ☐ registro de vehículos ☐ correo marcado con el impreso postal y fecha ☐ contrato firmado de arrendamiento ☐ carta de un albergue para personas sin hogar ☐ otro:

<b>11a. Dirección actual</b> (No se admiten apartados postales ni rutas rurales)		<b>Número de apartamento</b>
Ciudad:	Estado:	Código postal:

### Sección 3: Datos de contacto

**12.** ¿Podemos enviar correo a su dirección residencial, donde vive? ☐ Sí (pase a #13) ☐ No

**12a. THMP le enviará cualquier nueva información por correo. Por favor proporcione su dirección postal a continuación:**

Dirección postal (se admiten los apartados postales y las rutas rurales)		Número de apartamento
Ciudad	Estado	Código postal

### Sección 4: Información sobre el hogar

**13.** ¿Cuántos de sus hijos propios y/o hijastros menores de 18 años viven en su hogar? (si no hay ninguno, escriba "0"):

**14.** ¿Es usted **actualmente menor de 18 años**? ☐ No (pase a la pregunta 16) ☐ Sí (Si contestó sí, debe llenar la información sobre el **hogar** y sobre el **ingreso** de cada padre, padrastro o tutor legal que viva con usted). Si es menor de 18 años y no vive con sus padres, contacte a THMP o a la agencia local para recibir ayuda.

<b>15a Nombre del padre o el tutor legal</b>		<b>15b. Nombre del segundo padre o tutor legal</b> (si corresponde)	
Núm. de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Núm. de Seguro Social	Fecha de nacimiento

### Sección 5: Comprobante de ingresos

*Para la elegibilidad, se tomarán en cuenta sus ingresos y los de su cónyuge, si está casado/a.*

**16. ¿Cómo se mantiene?** Por favor, marque **todo** lo que se aplica a continuación, para usted y su cónyuge.

<b>16a.</b> Con mis ingresos ( <b>incluya</b> todos los documentos que se requieran)	<b>16b.</b> Con los ingresos de mi cónyuge ( <b>incluya</b> todos los documentos que se requieran)
<input type="checkbox"/> Recibo ingresos de mi empleo <input type="checkbox"/> talones de cheque de los últimos 30 días <input type="checkbox"/> declaraciones de impuestos sobre mis ingresos <input type="checkbox"/> otro documento:	<input type="checkbox"/> Mi cónyuge recibe ingresos de su empleo <input type="checkbox"/> talones de cheque de los últimos 30 días <input type="checkbox"/> declaraciones de impuestos sobre los ingresos de mi cónyuge <input type="checkbox"/> otro documento:
<b>Nombre del empleador:</b>	<b>Nombre del empleador:</b>
Nombre del <b>empleador del segundo trabajo:</b>	Nombre del <b>empleador del segundo trabajo:</b>
<input type="checkbox"/> Recibo ingresos que no son de un empleo <input type="checkbox"/> carta de beneficios del Seguro Social <input type="checkbox"/> carta de beneficios por desempleo <input type="checkbox"/> otro documento:	<input type="checkbox"/> Mi cónyuge recibe ingresos que no son de un empleo <input type="checkbox"/> carta de beneficios del Seguro Social <input type="checkbox"/> carta de beneficios por desempleo <input type="checkbox"/> otro documento:
<input type="checkbox"/> No tengo ingresos y he incluido: <input type="checkbox"/> <b>Formulario: Ingresos o Apoyo Sin Documentos</b> <input type="checkbox"/> otro documento:	<input type="checkbox"/> Mi cónyuge no tiene ingresos (no es necesario incluir ningún documento)
<input type="checkbox"/> Recibo pagos en efectivo y he incluido <input type="checkbox"/> <b>Formulario: Ingresos o Apoyo sin Documentos</b> <input type="checkbox"/> otro documento:	<input type="checkbox"/> Mi cónyuge recibe pagos en efectivo y he incluido <input type="checkbox"/> <b>Formulario: Ingresos o Apoyo Sin Documentos</b> <input type="checkbox"/> otro documento:

**17a.** ¿Cuál es el total de **sus** ingresos mensuales provenientes de todas las fuentes mencionadas?

\$

**17b.** ¿Cuál es el total de los ingresos mensuales de **su cónyuge** provenientes de todas las fuentes mencionadas?

\$

**18.** Si usted o su cónyuge **dejaron un empleo** en los últimos 90 días, proporcione la siguiente información:

Nombre del empleador:	Fecha en que terminó el empleo:
-----------------------	---------------------------------

## Sección 6: Información sobre el seguro médico (proporcione copia del frente y el reverso de la tarjeta del seguro)

19. ☐ No tengo ningún tipo de seguro médico. (Pase a sección 7)

☐ Actualmente estoy inscrito/a en uno de los siguientes: ☐ Medicare (Parte A, B, C o D) ☐ Medicaid  
☐ Seguro Médico Privado ☐ Plan Médico de ACA ☐ COBRA

Por favor de **contestar** las declaraciones **20 y 21** sobre su seguro médico y COBRA.

20. Estoy inscrito en un plan de seguro médico privado o perdí mi seguro en los últimos 90 días:

☐ No (Pase a sección 7) ☐ Sí (proporcione la información del plan a continuación)

Nombre de la compañía de seguro médico:

Teléfono de la compañía de seguro médico:

Núm. De póliza:

Fecha de cancelación o vigencia:

21. Tengo **COBRA** o perdí mi seguro médico a través de mi empleador y estoy interesado en COBRA ☐ No (pase a sección 7) ☐ Si (complete 21a-21b) y presente copias de la documentación de COBRA y cupón de pago)

21a. ¿Ya envió sus documentos de COBRA? ☐ No ☐ Sí

En qué fecha 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#:

21b. Para aplicar para asistencia de COBRA, debe llamar a su administrador del plan de seguro médico y dar su autorización para que el "Programa de Asistencia con el Seguro del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas" se pueda comunicar directamente con su administrador de plan médico en su nombre o de su parte.

**Fecha del trámite:**

## Sección 7: Certificación (firma y fecha requeridas)

Al firmar a continuación o permitir que un trabajador de la agencia firme en mi nombre, acepto:

- Que el DSHS y otras agencias estatales, federales y locales revisen, compartan y obtengan datos personales sobre mí o mi cónyuge.
- Que otras personas, compañías u organizaciones compartan con el DSHS datos personales que tengan sobre mí o mi cónyuge.
- Que los datos que se verifiquen y compartan incluyan cualquier información que ayude a determinar si soy elegible para la asistencia con los medicamentos por medio de THMP, incluido cualquier plan de seguro médico o de Medicare en el que esté inscrito.
- Que mi aplicación se puede demorar mientras espero que se compartan mis datos.
- Que estos datos se puedan verificar para tramitar mi aplicación y en cualquier otro momento mientras esté inscrito en THMP, para confirmar que todavía sigo elegible para recibir la asistencia con los medicamentos a través de THMP.

También entiendo que:

- Más adelante, THMP podría cambiar la inscripción, los criterios de participación o los servicios cubiertos dependiendo de los fondos disponibles.
- Si no pido medicamentos de THMP con regularidad o no mantengo mi elegibilidad a los beneficios renovándolos cada seis meses, se me dará de baja del programa.
- Entiendo que mi información será compartida con mis proveedores de servicios de VIH y trabajadores de la agencia. Me pondrá en contacto con THMP si quiero hacer una excepción.

**Mis respuestas son verdaderas. Certifico bajo pena de perjurio, que la información que doy en esta aplicación es verdadera y completa según mi entendimiento. Si no lo es, podría estar sujeto a enjuiciamiento penal. Con mi firma a continuación declaro que estoy de acuerdo:**

<b>X.</b>	<b>Fecha Requerida</b> mm/dd/aaaa
-----------	-----------------------------------

Firma del aplicante (o del padre o guardián si el aplicante es menor de 18 años) (*nombre y firma*)

Los clientes que completen la aplicación en persona deben firmar la aplicación.

Las aplicaciones telefónicas deben incluir el nombre del trabajador de la agencia que completa el formulario, su firma y el nombre de la agencia. **Si se presenta electrónicamente, el nombre escrito del trabajador de la agencia en el espacio "nombre del trabajador" constituye una firma electrónica.**

<b>Nombre de Trabajador</b>	<b>Nombre de Agencia/Programa</b>	<b>Núm. De Teléfono</b>	<b>Núm. De Fax</b>
-----------------------------	-----------------------------------	-------------------------	--------------------

<b>To be completed by secondary reviewer:</b>	Primary Reviewer	Date
	Secondary Reviewer	Date

**Formulario: Ingresos o Apoyo Sin Documentos**  
(opcional, solo para las aplicaciones de Renovación o Reporte Propio)

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)	Fecha De Nacimiento	

En los últimos 30 días Yo/Nosotros recibí/mos los siguientes ingresos o apoyo. No tengo/tenemos documentos.

### Sección 1: Ingresos

Si necesita explicar su situación económica o la de su cónyuge, utilice el **Formulario Verificación de ingresos** o el **Formulario Registro del trabajo por cuenta propia** disponible en el sitio web de THMP [dshs.texas.gov/hivstd/meds/](https://dshs.texas.gov/hivstd/meds/).

<b>Mis ingresos</b>	<b>Los ingresos de mi cónyuge</b>
<input type="checkbox"/> <b>Estoy empleado y recibo ingresos en efectivo</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mi cónyuge tiene empleo y recibe ingresos en efectivo</b>
Nombre del supervisor:	Nombre del supervisor:
Teléfono de contacto:	Teléfono de contacto:
Nombre de la empresa:	Nombre de la empresa:
Ciudad y estado:	Ciudad y estado:
<input type="checkbox"/> Trabajo por mi cuenta	<input type="checkbox"/> Mi cónyuge trabaja por su cuenta
Nombre de la empresa:	Nombre de la empresa:
Mi ingreso es \$	El ingreso de mi cónyuge es \$
<input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual.	<input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual.

### Sección 2: Apoyo

☐ **No trabajo, pero recibo apoyo económico de un familiar o amigo (persona que da apoyo), su información es la siguiente:**

Apellido	Primer Nombre	Teléfono
Relación (padre, cónyuge, compañero de cuarto, amigo, hermana, etc.)		Fecha en que comenzó el apoyo

Esta persona me apoya con ☐ vivienda ☐ facturas de servicios públicos ☐ asistencia en efectivo por un monto mensual de \$ ☐ alimentos o ropa ☐ renta o hipoteca ☐ otro tipo de apoyo:

Si necesita explicar el apoyo que recibe con más detalle o si necesita presentar una prueba de apoyo y residencia en Texas use el **Formulario: Declaración de Manutención** disponible en el sitio web de THMP [dshs.texas.gov/hivstd/meds/](https://dshs.texas.gov/hivstd/meds/).

### Sección 3: Certificación

**Certifico que la información anterior es verdadera y correcta según mi entendimiento. En cualquier momento, TMHP puede pedir comprobantes de la información que he proporcionado:**

X.	<b>Fecha Requerida</b> mm/dd/aaaa
----	-----------------------------------

**Firma del aplicante** (o del padre o tutor legal, si el aplicante es menor de 18 años) *(nombre y firma)*

**Los clientes que completan la aplicación en persona deben firmar la aplicación.**  
Las aplicaciones telefónicas deben incluir el nombre del trabajador de la agencia que completa el formulario, su firma y el nombre de la agencia. **Si se presenta electrónicamente, el nombre escrito del trabajador de la agencia en el espacio "nombre del trabajador" constituye una firma electrónica.**

Nombre de Trabajador	Nombre de Agencia/Programa	Núm. De Teléfono	Núm. De Fax
----------------------	----------------------------	------------------	-------------



## DOCUMENTOS QUE ACEPTA el THMP

Por favor vea la parte de atrás de este documento para 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 y fecha Sección 7 antes de entregar la aplicación.** Su Trabajador de Agencia también puede firmar la aplicación en su nombre. Puede encontrar la aplicación más reciente aquí:  
[dshs.texas.gov/hivstd/meds/document/](https://dshs.texas.gov/hivstd/meds/document/).

- (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 18 años viven con usted. Esto incluye a los niños de los que usted es el padre/madre legal y sus hijastros. Usamos esto para averiguar sus ingresos familiares.

### **Si no gana ingresos, podemos aceptar otras pruebas:**

<b>Si es Estudiante</b>	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.
<b>Si paga sus cuentas con sus ahorros</b>	Una copia de su cuenta de banco más reciente que muestre los depósitos y los retiros de fondos.
<b>Si paga sus cuentas con Manutención de niños</b>	Necesitamos su carta de la División de la Procuraduría General para la Manutención de Niños (OAG/child support), O, Si tiene acuerdo informal, podemos tomar una carta de usted y del otro padre. La documentación provista debe explicar cuanto recibe y con qué frecuencia.
<b>Si usted está sin hogar</b>	Una carta del albergue para personas sin hogar o de una agencia local que debe explicar su situación y donde recibe correspondencia.
<b>Si depende de otra persona</b>	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 solicitara información adicional, incluyendo la copia más reciente de su declaración de impuestos del IRS o prueba que no declaro impuestos.**

## Documentos Que Acepta el THMP

<b>Prueba de Domicilio</b> Elija uno. Debe ser <b>donde vive actualmente e incluir su nombre.</b>	<b>Prueba de Ingresos</b> Debe indicar los ingresos recibidos en un mes. Elija uno.	<b>Prueba de Seguro Medico</b>
<p><b>Documentos de vehículos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de vehículos valido</li> <li>• Licencias de manejar valida</li> <li>• Seguro de auto</li> </ul> <p><b>Documentos del Estado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarjeta de identificación del estado de Texas</li> <li>• Cartas de beneficios de Medicaid, SNAP y TANF</li> <li>• Carta de beneficio de desempleo</li> </ul> <p><b>Documentos del gobierno federal, ejemplos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartas de beneficios del Seguro Social, Medicare</li> <li>• Recibo del servicio postal (USPS) verificando su dirección actual o cambio de dirección</li> <li>• la transcripción de declaración de impuestos o comprobante de que no declaro impuestos (de IRS), W2</li> <li>• Registro de electores</li> </ul> <p><b>Copias de las facturas (dentro de los 30 días a partir de la fecha de su firma en la aplicación):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrato hipotecario o de renta con página de firma</li> <li>• Documentos de impuestos de propiedad</li> <li>• Facturas de electricidad/gas, teléfono fijo, cable</li> </ul> <p><b>Otros documentos (dentro de los 30 días a partir de la fecha de su firma en la aplicación):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• documentos de empleo (talón de cheque), prueba de inscripción escolar, carta de aprobación de ayuda financiera escolar</li> <li>• correo enviado a usted marcado con la fecha y con el impreso postal del USPS o medidor marcado de USPS</li> <li>• una <b>carta</b> del albergue o trabajador de la agencia (firmada y fechada) para la verificación que <b>esta sin hogar o donde vivir</b></li> </ul>	<p><b>Talones de pago actuales del empleo:</b></p> <p>Talones de cheque demostrando 30 días de trabajo dentro los últimos 60 días</p> <p><b>Carta de Aprobación:</b></p> <p>Beneficios de incapacidad de Seguro Social Veteranos militares Jubilación Pensión conyugal Beneficios de desempleo.</p> <p><b>Forma de verificación de ingresos :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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)</li> </ul> <p><b>Copia de Declaración de Impuestos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si trabaja por su cuenta, incluya copia de su declaración de impuestos</li> <li>• Su Declaración de impuestos debe estar firmado por usted o la persona quien lo preparo o debe incluir prueba de presentación electrónica</li> </ul> <p>Puede pedir copia de su declaración de impuestos al IRS 30 días antes de entregar su aplicación</p> <p><b>Formulario de Declaración de Ingresos del Negocio Propio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>	<p><b>Si tiene seguro médico privado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presente prueba de cobertura, la Sección 6 completa de la aplicación, y copia de tarjeta de su seguro (anverso y reverso).</li> </ul> <p><b>Si su póliza venció hace menos de 90 días:</b> Presente prueba de vencimiento.</p> <p><b>Si está interesado para asistencia con COBRA:</b></p> <p>Presente prueba de vencimiento, y Sección 6 de la aplicación completa,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copias de los documentos de COBRA y copia de tarjeta de seguro (anverso y reverso) y debe incluir su tarjeta para recetas</li> <li>• Si es elegible, TIAP pagará su prima de COBRA, los deducibles por recetas y los copagos.</li> </ul>