

Aplicación del Programa de Asistencia de Seguros de Texas

Aplicantes que tienen SEGURO MEDICO PRIVADO o han perdido cobertura recientemente deben llenar este formulario. Si usted está en **THMP y NO está Renovando** y necesita reportar que ahora tiene seguro médico o es elegible para COBRA, puede enviar este formulario solo. El Programa de Asistencia de Seguros de Texas (TIAP) proporciona ayuda con copagos, coaseguros y primas asociadas con los planes COBRA y seguros privados. Puede enviar este formulario por **fax al: 512-989-4011. Si esta recientemente aplicando al THMP, debe completar y enviar la aplicación de THMP**

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)	Fecha De Nacimiento	
3. Mientras revisamos su aplicación es posible que tengamos que 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3a. ¿En qué horario podemos comunicarnos con usted? <input type="checkbox"/> Entre semana de 8 a.m. a 12 p.m. <input type="checkbox"/> Entre semana de 1 a 5 p.m. <input type="checkbox"/> otro horario:			
Si no nos puede contestar, ¿tiene alguna indicación especial sobre cómo debemos dejarle un mensaje?			

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

4. Estoy inscrito en un plan de seguro médico privado o perdí mi seguro en los últimos 90 días:	<input type="checkbox"/> No (no llene este formulario) <input type="checkbox"/> Sí (proporcione la información del plan a continuación)
Nombre de la compañía de seguro médico:	Teléfono de la compañía de seguro médico:
Número de póliza:	Fecha de cancelación o vigencia:
5. Tengo un plan del Mercado de la Ley de Atención Asequible (ACA): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tengo un plan individual, un plan que no se ajusta a la ACA o un plan fuera del Mercado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tengo un plan a través de mi trabajo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. Tengo COBRA o perdí el seguro médico que tenía a través de mi trabajo y me interesa COBRA. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (si contestó sí, responda a las preguntas "a" y "b" y envíe copias de los documentos de COBRA y su registro de pagos a THMP junto con esta aplicación).	
a. ¿Ya envió sus documentos de COBRA? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 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. Fecha del trámite:	

Sección 3: Certificación (firma y fecha requeridas)

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a según mi entendimiento:

X.	Fecha (requerida)		
Firma del aplicante (o del padre o tutor legal si el aplicante es menor de 18 años) o del trabajador de la agencia si llenó la aplicación por teléfono (<i>nombre y firma</i>)			
Aplicaciones hechas en persona deben estar firmadas por el cliente. Aplicaciones por teléfono deben incluir el nombre del trabajador de la agencia completando el formulario, su firma y nombre de la agencia. El nombre mecanografiado del trabajador de la agencia constituye una firma electrónica			
Nombre del trabajador de la agencia	Agencia/programa	Teléfono	Fax