

**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)