

**Aplicación de Emergencia para Asistencia con Medicamentos y los Servicios de la Parte B de RW  
Desde 13 de marzo de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2020**

**Utilice esta aplicación para Aplicantes Nuevos, de Renovación (Recertificación) o Reporte Propio (Atestación). Se requiere el Formulario de Certificación Médica (MCF) para los Nuevos Aplicantes.**

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 o también puede completar esta forma por teléfono con su agencia local. Puede encontrar copias electrónicas de todos los formularios del programa en [dshs.texas.gov/hivstd/meds/](https://dshs.texas.gov/hivstd/meds/).

**Esta aplicación de emergencia solo se aceptará hasta el 31 de diciembre de 2020.**

**Sección 1: Información personal**

<b>1.</b> Apellido		Primer nombre	Segundo nombre	Sufijo (Jr., Sr. o III)
<b>2.</b> Nombres anteriores (incluido el apellido materno, los alias y los cambios de nombre)				
<b>3.</b> Dirección postal (se admiten los apartados postales y las rutas rurales)				Número de apartamento
Ciudad			Estado	Código postal
<b>4.</b> ¿Tiene un número de Seguro Social? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Núm. de Seguro Social (si tiene uno)	Identificación fiscal/impuesto/TIN (solo si no tiene un número de Seguro Social)		
<b>5.</b> Fecha de nacimiento:		<b>6.</b> Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:		
<b>7a.</b> Género actual <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino		<b>7b.</b> Sexo al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Se desconoce		<b>8b.</b> Raza (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Asiática (por favor seleccione el origen) <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativa/o de Hawái u otra isla del Pacífico (por favor seleccione el origen) <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra <input type="checkbox"/> Samoana De <input type="checkbox"/> otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativa/o americana o nativa/o de Alaska <input type="checkbox"/> Otra o se desconoce
<b>7c.</b> Si corresponde, ¿está usted embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha prevista del parto:				
<b>8a.</b> Grupo étnico (marcar uno) <input type="checkbox"/> Hispano (por favor seleccione el origen) <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> No Hispano				
<b>9.</b> ¿A qué número de teléfono podemos comunicarnos con usted durante horas de trabajo?				
<b>10.</b> ¿Está actualmente encarcelado o salió recientemente de la cárcel o prisión? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Si contestó sí, conteste las preguntas de la 10a. a la 10c.)				
<b>10a.</b> Nombre de la institución		<b>10b.</b> Núm. de ID correccional		<b>10c.</b> Fecha de salida
<b>11.</b> ¿Está actualmente casado/a? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ( <b>complete 11a. - 11b.</b> )				
<b>11a.</b> ¿Su cónyuge también está inscrito en TMHP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>11b.</b> Nombre de conyugue		Numero Social de Conyugue		Fecha de Nacimiento de conyugue
<b>12.</b> ¿Cuántos de sus hijos propios y/o hijastros menores de 18 años viven en su hogar? (si no hay ninguno, escriba "0"):				
<b>13.</b> ¿Le ayudó alguna agencia local a llenar esta aplicación? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Si contestó sí, responda lo siguiente):				
Nombre de la agencia:			Número de fax de la agencia:	

**Sección 2: Comprobante de Domicilio y Ingresos****Domicilio:** Escriba abajo la dirección en donde vive, incluso si es la misma que su dirección postal escrito en la Sección 1:

<b>14.</b> Dirección actual. (No se admiten apartados postales ni rutas rurales)		Número de apartamento
----------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------

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

**15. Ingresos:** Debe ser de los últimos 30 días (si no tiene(en) ingresos, marque "0")

¿Cuál es el total de sus ingresos mensuales de todas las fuentes? \$

¿Cuál es el total de los ingresos mensuales de su cónyuge de todas las fuentes? \$

**16.** Por favor marque una casilla a continuación:

He incluido copias de documentos que muestran mis ingresos y dirección mencionados anteriormente.

Mis ingresos y la dirección actual anterior son correctos. No puedo enviar copias de mis documentos.

(NOTA: su aplicación seguirá siendo procesada si no puede enviar copias de documentos que muestren dónde vive o sus ingresos. Se recomienda la prueba física de domicilio e ingresos cuando está disponible, pero no se requiere en este momento).

**Sección 3: Autorización para divulgar información****17. Contactos Personales:** Si quiere que informemos a algún familiar o amigo sobre el estado de su aplicación o del programa, escriba su nombre a continuación. **Tome nota de que esto no es requerido.**

Nombre de la persona	Tipo de relación	Teléfono

**Sección 4: Seguro médico** (Si tiene seguro médico, proporcione copia del frente y reverso de la tarjeta del seguro).

**18.** Actualmente estoy inscrito/a en uno de los siguientes Programas de Asistencia de THMP:  
 SPAP  TIAP o  TIAP COBRA:  Sí (Pase a sección 5)  No (continúe a los números 19 y 20)

**19. Tengo lo siguiente (marque lo que le aplica):**  Medicaid  Medicare Parte D  Plan Médico de ACA

**20.** Estoy inscrito en un plan de seguro médico privado o perdí mi seguro en los últimos 90 días:  
 No (Pase a sección 5)  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: Fecha de cancelación o vigencia:

**21.** Tengo COBRA o perdí el seguro médico que tenía a través de mi trabajo y me interesa COBRA.  No  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).

<b>21a.</b> ¿Ya envió sus documentos de COBRA? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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#:	<b>21b.</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 o por su parte.  <b>Fecha del trámite:</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Sección 5: Certificación** (firma y fecha requeridas)**Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a según mi entendimiento:**

<b>X.</b>	
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> )	Fecha ( <i>requerida</i> )

Las aplicaciones en persona deben estar firmadas por el cliente. 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 del trabajador de la agencia	Agencia/programa	Teléfono	Fax
-------------------------------------	------------------	----------	-----