

HOW TO APPLY FOR HEALTH CARE ASSISTANCE

Montgomery County Hospital District
Health Care Assistance Program (HCAP)
1400 South Loop 336 West (First Floor)
Conroe, Texas 77304

Phone #: (936) 523-5100

Fax #: (936) 539-3450

Email: HCAP@mchd-tx.org

HCAP website: <http://www.mchd-tx.org/hcap/>

Follow Steps 1 - 3 To Apply For Healthcare Assistance: Please be aware that it is the applicants' responsibility to follow the steps outlined below. Failure to comply with steps 1 through 3 may result in the denial of healthcare assistance. First review of application takes approximately 2 weeks. Please call for status update if you do not receive anything from a caseworker within 2 weeks.

1. Fill out this HCAP Application and deliver it, along with all the required documentation (as outlined below), to the HCAP office. You may mail, fax, email, or hand deliver the application and copies of all the required documentation to the HCAP office.

2. Once the application and all required documentation are received by the HCAP office, an appointment will be scheduled and you will be notified by mail. *Note: The application and all required documentation must be filed with the HCAP office before an appointment can be scheduled.*

3. If you are requested to provide additional documentation so we can determine your eligibility, the requested documentation must also be received by the HCAP office in order to have an appointment scheduled.

The Following Information Is Required: Please be aware that additional information may be requested at any time. Failure to provide the additional information may result in the denial of healthcare assistance. ***You must have documentation for each category below as it applies to you or anyone in your household.*** (A household is yourself, your wife/husband, and any children under the age of 18 that live with you).

Citizenship/Identification Requirement (for everyone in your household): You must be a natural born citizen, a naturalized citizen, or a documented alien that has a green card and has had that status for at least 5 years.

A current Texas Driver's License or Texas I.D. with your current physical address (No P.O. Box numbers are accepted).

Birth certificate(s)

Social Security card(s)

Green Card(s)

Voter Registration

Residency Requirement: You must be a resident of Montgomery County.

Utility bill with current physical address (No P. O. Box numbers are accepted) even if the bill is not in your name, and
Rent receipt, letter from landlord, or property tax notice.

CÓMO SOLICITAR AYUDA MÉDICA

Districto del Hospital del Condado de Montgomery
Programa de la ayuda del Cuidado Médico (HCAP)
1400 Sur Loop 336 Oeste (primer piso)
Conroe, Texas 77304

Teléfono #: (936) 523-5100

Fax #: (936) 539-3450

Correo Electrónico: HCAP@mchd-tx.org

HCAP sitio de Web: <http://www.mchd-tx.org/hcap/>

Siga los pasos 1 - 3 para solicitar la ayuda médica: Por favor esté enterado que es la responsabilidad del aplicante seguir los pasos resumidos abajo. La falta de obedecer con los pasos 1 a 3 puede resultar en la negación de la ayuda médica. La primera revisión de la aplicación tomará aproximadamente 2 semanas. Por favor llame para verificar su estatus si usted no recibe ninguna respuesta de una trabajadora social dentro de 2 semanas.

1. Complete la solicitud de HCAP y entregala, junto con toda la documentación requerida (según lo resumido abajo), a la oficina de HCAP. Usted puede enviarla por correo, telefax, correo electrónico, o en persona junto con las **copias** de toda la documentación requerida a la oficina de HCAP.

2. Cuando la solicitud y la documentación son recibidas en la oficina de HCAP, le notificaremos por correo de su cita. *Nota: Necesita proporcionar la solicitud y toda la documentación requeridas antes de hacer una cita.*

3. Si necesita proporcionar documentación adicional para poder determinar su elegibilidad, necesitamos la documentación requerida ANTES de hacer una cita.

Se requiere la información siguiente: Por favor esté enterado que información adicional se puede solicitar en cualquier momento. La falta de entregar la información adicional puede resultar en la negación de la ayuda médica. ***Usted debe tener documentación para cada categoría abajo como se aplique a usted o a cualquier persona en su casa.*** (La casa es usted mismo, su esposa/o, y cualquier niño menos de 18 que viva con usted).

Requisito de la Ciudadanía/la Identificación (para cada uno en su casa): Usted debe ser un ciudadano nacido natural, un ciudadano naturalizado, o un extranjero documentado que tiene una tarjeta de

permanente residente y ha tenido ese estado por lo menos 5 años. Una identificación actual de Texas o licencia de conducir de Texas con su actual dirección física (ningún P.O. Box se acepta)

Acta(s) de nacimiento

La tarjeta(s) del Seguro Social

Tarjeta(s) de permanente residente

Registro del votar

Requisito de la residencia: Usted debe ser un residente del condado de Montgomery.

Bil para uso general con la dirección física actual (ningún P. O. Box se acepta) aunque la cuenta no están en su nombre, y,
Recibo del alquiler, Carta del propietario, o impuestos de la propiedad.

MONTGOMERY COUNTY HEALTH CARE ASSISTANCE PROGRAM

Page 2 of 8

Income Requirement:

If employed:

- Last four consecutive paycheck stubs and
- A completed HCAP Employer Verification Form*

If self-employed:

- Proof of the last three (prior) months and current month of income including business and personal checking and saving account statements and
- A completed HCAP Self Employment Verification Form*

If unemployed:

- Last four unemployment checks, or
- A copy of the Texas Workforce Commission registration form with a current date stamped on it, or
- A letter of disability, or
- A letter from the Social Security Administration office stating your current status. (month and year)

If receiving a Social Security check:

- Current award letter from Social Security, and
- Letter from Social Security about when you will be eligible for Medicare.

* You may get this form from our website, by going and picking up the form from the HCAP office, or by calling and requesting a form.

Statement(s) of support: A statement of support must be provided from all persons providing financial assistance to you or anyone in your household. This statement must include the supporting persons name, address, phone number; along with their explanation of how they help support you. The statement must be signed and dated by the supporter and a copy of the supporter(s) driver's license must also be included.

Any other income you may have.

Resource Requirement:

Copies of ALL checking and saving account statements (please provide the current month and three months prior).

Vehicle information (include information on co-signed vehicles as well)

Original Contract/Complete Payment Book/Current letter from lender on the current amount owed on vehicle

Insurance cards on all vehicles in your household

Life Insurance or Burial Insurance policies.

Other property other than your homestead.

Any other resources you may have.

Montgomery County Hospital District will validate the accuracy of all disclosed information, especially information that may appear fraudulent or dishonest. Additionally, any applicant may be asked to produce additional information or documentation for any part of the Eligibility process.

Note: Misrepresentation of facts or any attempt by any applicant or interested party to circumvent the policies of the district in order to become or remain eligible is grounds for immediate and permanent refusal of assistance. Furthermore, if an applicant fails to furnish any requested information or documentation, the application will be denied.

Requisito de ingresos:

Si está empleado:

- Últimos cuatro cheques consecutivos y
- La forma de verificar ingresos de HCAP*

Si es independiente:

- La prueba de los tres meses (anteriores) y el mes actual de ingresos incluyendo la cuenta de banco del negocio y las cuentas personales y de ahorros
- Formas completas del empleo de uno mismo de HCAP*

Si está desempleado:

- Los últimos cuatro cheques del desempleo, o
- La copia de la forma de registro de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas con una fecha actual estampada en ella, o
- La carta de la incapacidad, o
- La carta de la oficina de la administración del Seguro Social que indica su estado actual. (mes y año)

Si recibe un cheque del Seguro Social:

- Carta actual de la concesión del Seguro Social, y
- Carta del Seguro Social sobre cuando usted será elegible para Seguro de enfermedad (Medicare).

* Usted puede conseguir estas formas de nuestro sitio de Web, yendo y escogiendo encima de la forma de la oficina de HCAP, o llamando y solicitando una forma.

Declaraciones de la ayuda: Una declaración de la ayuda será requerida de la(s) persona(s) que le ayudan financieramente a usted o cualquier persona en su casa. Esta declaración debe incluir los nombres, dirección, número de teléfono, y una explicación de cómo ayudan e apoyarle. La declaración debe ser firmada con la fecha por el ayudante y una copia de la licencia de conducir del ayudante debe ser incluido también.

Cualquier otros ingresos que usted pueda tener.

Requisito de recurso:

Copias de TODAS las declaraciones de las cuentas de cheques y de ahorros (por favor de entregar los últimos tres meses y el mes presente)

Información de automoviles (incluya la información sobre los vehículos co-firmados también)

Contrato original de la información de todos los vehículos/libro completo del pago/carta actual del prestamista en la cantidad actual debida

Tarjetas del seguro del vehículo en todos los vehículos

Sus pólizas de seguro de vida o entierro.

Propiedades aparte de su vivienda.

Cualquier otros recursos que usted pueda tener.

El Distrito del Hospital del Condado de Montgomery validará la exactitud de toda la información divulgada, especialmente la información que puede aparecer fraudulenta o deshonestas. Además, cualquier aplicante puede ser pedido producir la información o la documentación adicional para cualquier parte del proceso de la elegibilidad.

Nota: La mala representación de hechos o de cualquier tentativa de cualquier aplicante o el partido interesado de evitar las pólizas del distrito para llegar a ser o seguir siendo elegible es motivo para la negación inmediata y permanente de la ayuda. Además, si un aplicante no puede equipar ninguna información o documentación solicitada, la solicitud será negada.

Revised 09/25

MONTGOMERY COUNTY HEALTH CARE ASSISTANCE PROGRAM

Page 3 of 8

FOR OFFICE USE ONLY / PARA USO DE LA OFICINA

HCAP #		Application	Status		Date Application was Received		Date Application was Issued	
		Renew						

Applicant/s Name (Last, First, Middle)/Nombre/s (Apellido, primer, segundo)		Home Telephone No./Teléfono de la casa		Other Telephone No. / Otro número de teléfono	
Mailing Address (Street or P.O. Box)/Dirección Postal (Calle o Apdo.)		Apt.#/Apto.#	City/Ciudad	State/Estado	ZIP
Home Address, if different from above. If it is rural, give directions. / Domicilio particular, si es diferente a la dirección de arriba. Si es rural, explique cómo llegar.					

Have you ever used another name? If so, list other names you have used. / ¿Ha usado alguna vez otro nombre? Si es el caso, enumere los nombres que ha usado.

☐ Yes/si ☐ No

1. What is your medical problem? / ¿Qué ayuda usted están buscando? Please list here/ Liste por favor

☐ Physical Health / Medico Fisico
 ☐ Mental Health / Fisico Mental
 ☐ Vision / Visión
 ☐ Dental / Dental
 ☐ Pregnancy / Esta Embarazada

2. Is your medical problem due to: /Es su problema medico relacionado con:

☐ Workman's Comp / Workman's Comp
 ☐ Motor Vehicle Accident / Accident de Automovil
 ☐ Assault / Asalto
 ☐ Cancer / Cáncer Type?/ ¿Tipo?
 Date of initial diagnosis / Fecha de la diagnosis

3. On the chart below, fill in the first line with information about yourself. Fill in the remaining lines for everyone who lives in the house with you, whether or not you consider them household members. / En la tabla a continuación, llene la primera línea con información acerca de usted mismo. Llene las líneas restantes acerca de todos que viven en la casa con usted, los considere miembros de la unidad familiar o no.

Name (Last, First, Middle) Nombre (Apellido, primer, segundo)	What kin to you? Relacion de usted	Date of birth Fecha de nacimiento	Age Anos	Sex Sexo	Race Raza	Citizenship Cuidadania	In school Esta en la escuela	Social Security Number Numero de Seguro Social
	self / yo mismo			☐ M/H ☐ F/M		☐ US Citizen / Ciudadano ☐ Other / Otro ☐ Legal Alien / Residente Legal Date of entry Fecha de entrada	☐ Yes/si ☐ No	
				☐ M/H ☐ F/M		☐ US Citizen / Ciudadano ☐ Other / Otro ☐ Legal Alien / Residente Legal Date of entry Fecha de entrada	☐ Yes/si ☐ No	
				☐ M/H ☐ F/M		☐ US Citizen / Ciudadano ☐ Other / Otro ☐ Legal Alien / Residente Legal Date of entry Fecha de entrada	☐ Yes/si ☐ No	
				☐ M/H ☐ F/M		☐ US Citizen / Ciudadano ☐ Other / Otro ☐ Legal Alien / Residente Legal Date of entry Fecha de entrada	☐ Yes/si ☐ No	
				☐ M/H ☐ F/M		☐ US Citizen / Ciudadano ☐ Other / Otro ☐ Legal Alien / Residente Legal Date of entry Fecha de entrada	☐ Yes/si ☐ No	
				☐ M/H ☐ F/M		☐ US Citizen / Ciudadano ☐ Other / Otro ☐ Legal Alien / Residente Legal Date of entry Fecha de entrada	☐ Yes/si ☐ No	

Revised 09/25

MONTGOMERY COUNTY HEALTH CARE ASSISTANCE PROGRAM

Page 4 of 8

The word "household " in Questions #4 - #18 refers to: you, your spouse, and anyone else that lives with you and with whom you have a legal relationship. You do not need to include information on people who live with you but are not part of your "household." / Las palabras "unidad familiar " en las preguntas #4- #18 se refiere a: usted , su esposo o esposa , y cualquier otra persona que vive con usted y con quien tiene una relación legal. No necesita incluir información de las personas quienes viven con usted que no son parte de su "unidad familiar."

4. What is your household's county and state of residence (where you make your permanent home)? /¿En qué condado y en qué estado viven (tienen su hogar permanente) usted y las personas de la unidad familiar?

County/Condado _____ State/Estado _____

Do you plan to remain in this county and state? /¿Piensa quedarse en este condado y este estado?

☐ Yes/si ☐ No

5. Living Arrangements-Check all boxes that apply to your household. / Vivienda-Marque todas las cajitas que se apliquen a su caso.

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Own or paying for home
Soy dueño de mi casa o la estoy comprando | ☐ Live in a house provided by someone else
Vivo en una casa ajena | ☐ No permanent residence
No tengo residencia permanente |
| ☐ Live with someone else
Vivo con otra persona | ☐ Rent House/Apartment
Rento una casa o apartamento | ☐ Jail
Cárcel |

6. List your average monthly household expenses./Enumere los gastos mensuales de la unidad familiar.

Rent/Mortgage/Renta/hipoteca	\$
Utilities (gas, water, electric)/Servicios públicos (gas, agua, luz)	\$
Telephone/Teléfono	\$
Transportation, such as gas, car payments, bus/Transportación, tal como gasolina, pagos del carro, autobús	\$
Tax and Insurance on home per year/Impuesto y seguro anual de la casa	\$
Other/Otro	\$
Other/Otro	\$
Other/Otro	\$

Does anyone pay these household expenses for you? /¿Hay otra persona que paga estos gastos de la unidad familiar por usted?

☐ Yes/si ☐ No

If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿ quién? _____

7. Are you - or is anyone in your household - receiving TANF, Food Stamp, and/or Medicaid benefits? /¿Está usted o alguien de la unidad familiar recibiendo beneficios de TANF, estampillas para comida, y/o Medicaid?

☐ Yes/si ☐ No

If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿ quién? _____

8. Are you - or is anyone in your household - pregnant? /¿Está usted o alguien de la unidad familiar embarazada?

☐ Yes/si ☐ No

If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿ quién? _____

9. Are you - or is anyone in your household - disabled? /¿Está usted o alguien de la unidad familiar incapacitada?

☐ Yes/si ☐ No

If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿ quién? _____

10. Have you - or has anyone in your household - applied for SSI or SSDI? /¿Alguna vez usted o alguien de la unidad familiar solicitó beneficios de SSI o SSDI?

☐ Yes/si ☐ No

If Yes, who applied and when? Si contesta "Sí," quién los solicitó y cuando? _____

Revised 09/25

MONTGOMERY COUNTY HEALTH CARE ASSISTANCE PROGRAM

Page 5 of 8

11. Do you - or does anyone in your household - have unpaid health care bills from the last three months? ¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar cuentas médicas sin pagar de los últimos tres meses?

☐ Yes/si ☐ No

If Yes, which months?/ Si contesta "Sí," ¿Cuáles meses?

12. Do you - or does anyone in your household - have health care coverage (Medicare, health insurance, V.A., etc.)? ¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar la cobertura médica (Medicare, seguro médico, V.A., etc.)?

☐ Yes/si ☐ No

If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿quién?

13. Have you or anyone in your household been offered insurance through your employer? ¿Le o cualquier persona en su casa han ofrecido seguro a través de su patrón?

☐ Yes/si ☐ No

14. How much money do you have? For example, on your person, in your home, in bank accounts, or other locations? ¿Cuánto dinero tiene usted; por ejemplo, en el bolsillo, en la casa, en las cuentas bancarias, o en otros lugares?

\$ _____

On your person/En su persona

\$

In your Home/En su casa

\$

Checking Account/Cuenta de cheques (Including Mobile Financial Apps/Incluyendo Aplicaciones de Pago Móvil)

\$

Savings Account/Cuenta de ahorros

\$

Oil and Mineral Rights/Aceite y los derechos minerales

\$

CDs, Stocks, Bonds/CDs, accion, enlaces

\$

Other/Otro

\$

15. How many cars, trucks, or other vehicles do you - and anyone in your household -- have? List the year, make, and model in the chart below./¿Cuántos carros, camionetas u otros vehiculos tienen usted y las personas de la unidad familiar? Anote el año, la marca, y el modelo en la tabla a continuación.

	Year / Ano	Make & Model / Marca y Modelo	Amount still owed / Cantidad todavia dedida
1			
2			
3			
4			

16. Do you have property other than homestead? ¿Tiene otras propiedades aparte de su vivienda?

☐ Yes/si ☐ No

If yes, list address of property (including county/) Si sí,
enumere la dirección de la propiedad (incullendo elcondado).

17. Did you - or did anyone in your household - sell, trade, or give away any cash or property during the last three months? Durante los últimos tres meses, ¿traspasó, vendió o regaló usted o alguien de la unidad familiar dinero o alguna propiedad?

☐ Yes/si ☐ No

18. Have you - or has anyone in your household - worked in the last three months? / ¿Ha trabajado usted o alguien de la unidad familiar en los últimos tres meses?

☐ Yes/si ☐ No

If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿quién?

Revised 09/25

MONTGOMERY COUNTY HEALTH CARE ASSISTANCE PROGRAM

Page 6 of 8

19. List all of your household's income below. Be sure to include the following: Government checks; money from training or work; money you collect from charging room and board; cash gifts, loans, or contributions from parents, relatives, friends, and others; sponsor's income; school grants or loans; child support; and unemployment./Haga una lista de los ingresos de la unidad familiar a continuación. Asegúrese de anotar: Cheques del gobierno; ingresos de trabajo o de capacitación; dinero que recibe de cobros de cuarto y comida; regalos en efectivo, préstamos, o aportaciones de sus padres, familiares, amigos, y otras personas los ingresos del patrocinador; becas o préstamos de la escuela; manutención de niños, o pagos por desempleo.

Name of person receiving money / Nombre de la persona que recibe el dinero	Name of agency, person, or employer who provides the money / Nombre del patrón, la persona o la agencia que paga el dinero	Amount received / Cantidad recibida	How often received? (daily, weekly, every two weeks, twice a month, monthly?) / ¿Con qué frecuencia lo recibe? (¿diariamente, por semana, cada quincena, dos veces al mes, una vez al mes?)

20. Is anyone in your household applying for or seeking any other type of assistance or compensation (i.e. MHMR, Commission for the Blind or Deaf, Sickle Cell, State TB services, insurance settlement, etc.)? / Alguien en su hogar esta solicitando otra ayuda (MHMR, Comisión para la Ceguera o Sordera, Anemia del Sickle Cell, Servicios Estatales de TB, pago de Seguros)

☐ Yes/si ☐ No

If "Yes" complete the questions below / Si contesto "Si" complete las preguntas bajo.

Name of Person seeking other services/ Nombre de la persona solicitando otros servicios	Date of application, lawsuit / Fecha de solicitud, petición legal
Status of claim / Estado de su petición	Type of assistance/services being sought/ Tipo de asistencia o servicios que esta solicitando
☐ Pending / Pendiente ☐ In appeal / En apelación ☐ Receiving Benefits / Recibiendo beneficios ☐ N/A	

21. Is anyone in your household associated with the military, either as a dependent or receiving military retirement or veterans benefits? / Alguien en su hogar tiene asociación militar, como dependiente o recibiendo beneficios de jubilación o de veteranos?

Yes/si ☐ No

If "Yes" complete the questions below/ Si contesto "Si" complete las preguntas bajo.

Name of Person / Nombre de Persona

☐ Dependent / Dependiente

☐ Retired / Jubilado

☐ Receiving Veterans benefits / Recibiendo beneficio de Veterano

☐ N/A

22. Marital Status - Please complete the following / Estado Civil - Favor de contestar lo siguiente:

☐ Currently married / Actualmente casada/o

☐ Never married / Nunca casada/o

☐ Separated from/ Separada/o de

☐ I am divorced from/ Estoy divorciada/o de

☐ My spouse is deceased / Mi esposo/a es difunto/a

If you are married, what is your spouse's name? / Si es casada/o, que es el nombre de su esposo/a?

Where does your spouse live? /

En donde vive su esposo/a?

Are you eligible for Widow's benefits? / Es eligible usted para los beneficios de Viuda o Viudo?

Yes/si ☐ No

If you are divorced, separated, or if your spouse is deceased, please give the date or length of time since this occurred (i.e. 2 months, 3 years, etc.) / Si usted es divorciada/o, separada/o, o si su esposo/a es difunto/a, favor de dar la fecha o la longitud del tiempo desde que ocurrió (ejemplo, 2 meses, 3 años...)

Revised 09/25

MONTGOMERY COUNTY HEALTH CARE ASSISTANCE PROGRAM

23. Medications - List all medications you are currently taking or have been prescribed to take. These include prescriptions, over the counter medications, and vitamins. Medicaciones: Enumere todas las medicaciones que usted está tomando actualmente o se han prescrito para tomar. Éstos incluyen sobre las prescripciones, las medicaciones sin receta, y las vitaminas.

	Drug <i>Medicina</i>	Strength <i>Fuerte</i>	Quantity <i>Cantidad</i>	Directions <i>Instrucciones</i>	Doctor <i>Doctor</i>	Dr. Phone # <i># Telephono Doctor</i>
	<i>Plavix</i>	<i>75 mg.</i>	<i>30</i>	Take 1 in the a.m. Tome 1 en la tarde	<i>Dr. Phillip Moore</i>	<i>(281) 555-1212</i>
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

Please be sure to bring all medications with you to your eligibility interview

** Por favor sea seguro de traer todas las medicaciones con usted a su entrevista de la elegibilidad**

24. Do you have any allergies to medications? If yes, please specify: ¿Usted tiene alergias a las medicaciones? Si sí, especifique por favor:

25. Please include anything else you feel the case worker should know about you and your household (i.e. applying for dependent status with the U.S military) / Favor de incluir alguna otra información que usted sienta que el/la Trabajador/a del Caso del debe saber de usted o su hogar (ejemplo, si esta aplicando para estado de dependiente del servicio militar):

MONTGOMERY COUNTY HEALTH CARE ASSISTANCE PROGRAM

Page 8 of 8

The statements I have made, including my answers to all questions, are true and correct to the best of my knowledge and belief. I agree to give eligibility staff and the county any information necessary to prove statements about my eligibility. I agree to report any of the following changes within 14 days:

Income
Resources
Number of people who live with me
Address
Application for or receipt of SSI, TANF, or Medicaid

I have been told and understand that this application will be considered without regard to race, color, religion, creed, national origin, age, sex, disability, or political belief; that I may request a review of the decision disability, or political belief; that I may request a review of the decision made on my application or re-certification for assistance; and that I may request, orally or in writing, a fair hearing about actions affecting receipt or termination of health care assistance.

A mi leal saber y entender, las declaraciones que he hecho, y mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas. Me comprometo a dar al personal que verifica la elegibilidad y al condado toda la información necesaria para comprobar mis declaraciones sobre la elegibilidad. Me comprometo a avisar, dentro de los 14 días, de cualquier cambio de:

Ingresos
Recursos
Número de personas que viven conmigo
Dirección
Solicitud de SSI, TANF, o Medicaid o la entrega de cualquiera de estas.

Me han dicho y comprendo que esta solicitud será considerada sin discriminación por raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, ni afiliación política; que puedo pedir una revisión de la decisión que se haga acerca de mi solicitud de asistencia o recertificación para asistencia; y que puedo pedir, oralmente o por escrito, una audiencia imparcial sobre cualquier acción que afecte la entrega o la terminación de asistencia de atención médica.

I understand that by signing this application, I am giving MCHD the right to recover the cost of health care services provided by the MCHD from any third party. I agree to give MCHD any information it needs to identify and locate all other sources of payment for health care services.

I authorize any public or private agency to furnish MCHD or its agent information related to assets in my name and/or my criminal history, credit history, and employment history. I release MCHD, its employees and assigned agent and the agencies furnishing such information from liability resulting from the furnishing of this information to MCHD.

I have been told and understand that my failure to meet the obligations set forth may be considered intentional withholding of information and can result in the recovery of any loss by repayment or by filing civil or criminal charges against me.

Comprendo que al firmar esta solicitud, doy al condado el derecho a recuperar de cualquier tercero el costo de los servicios médicos proporcionados por el condado. Me comprometo a dar al condado la información necesaria para identificar y localizar cualquier otro fuente de pagos por mis servicios médicos.

Autorizo cualquier agencia pública o privada a proporcionar MCHD o su agente información relacionada a ventajas en mi nombre y/o mi historia criminal, en la historia de crédito, y en la historia de empleo. Suelto MCHD, sus empleados, y agente asignado y las agencias que proporcionan tal información de obligación que resulta del suministro de esta información a MCHD.

Me han dicho y comprendo que si dejo de cumplir con las obligaciones especificadas en ésta podría considerarse como una retención intencional de información y podría dar lugar a la recuperación de pérdidas por medio de la devolución de pagos o por medio de la presentación de cargos criminales en mi contra.

BEFORE YOU SIGN, BE SURE EACH ANSWER IS COMPLETE AND CORRECT.
ANTES DE FIRMAR, ASEGÚRESE DE QUE CADA RESPUESTA SEA COMPLETA Y CORRECTA.

Signature - Applicant / Firma - Solicitante

Date / Fecha

Signature - Spouse / Firma - Esposo o Esposa

Date / Fecha

If the applicant is married and his/her spouse is a household member, the spouse must also sign and date this form even if the spouse is a disqualified household member./Si el/la solicitante está casado/a y su esposo o esposa vive en la misma casa, se requiere que su esposo o esposa también firme esta form, aunque no tenga derecho de recibir asistencia.

Signature - Person Who Helped Complete This Application /
Date Firma - Persona que ayudó a llenar esta solicitud / Fecha

Signature - Applicant's Representative /
Date Firma - Representante del solicitante /
Fecha

Signature - Witness (if signed with "X") /
Date Firma - Testigo (si firma con "X") / Fecha

Address (Street, City, State, ZIP) and telephone number of anyone who helped complete this form/Dirección (Calle, Ciudad, Estado, ZIP) y teléfono de la persona que ayudó a llenar esta solicitud

Revised 09/25