

**FANNIN COUNTY INDIGENT HEALTH CARE PROGRAM**  
**1203 E Sam Rayburn Dr. Ste 113, Bonham TX 75418**

The Fannin County Indigent Health Care Program assists qualified applicants in paying for basic healthcare on a short-term basis. Eligibility is based on Residency, Household, Income and Resources. Below you will find a list of documents that you will be required to provide, if applicable, for you and your household. Call 903-583-2915 if you have questions and to request an appointment. Bring your application and the following documents with you to your appointment.

**CALL 903-583-2915 FOR AN APPOINTMENT**

- TX DL or TX ID and Social Security Card for all members of the household.
- Final Divorce Decree.
- A current Medicaid Denial Notice for you, if you share custody or are responsible for a minor child and Medicaid Card for all Medicaid eligible members of the household. Custody Order if someone else has custody of your child.
- Envelope addressed to you at your current physical address postmarked within the last 30 days, or a lease agreement, or current utility bill that shows your physical address, this may be in another household member's name. Post Office Box addresses are not acceptable.
- Proof of your household income for the current month and three months prior: Form 128 completed by employer/former employer, or if self employed Form 149 Statement of Self Employment for current month and 11 months prior complete with supporting documentation, if not working Unemployment Award/Denial of benefits. Proof of any other money received by any member of the household and proof of child support received.
- Auto registration for all vehicles listed on the application with statement from lien holder stating amount still owed, or copy of the title.
- Proof of value of any property owned.
- Last 4 months Checking/Savings/Retirement account statements.
- Notice of Application, Denials and Appeals if you have applied for or you are appealing SSI/RSDI. If age 62 or older Notice of Award of Benefits from Social Security Administration.
- Notice of Award or Denial for any assistance you receive or have applied for from Social Services or Charity Organizations i.e., County Indigent Health Care Program, Crime Victims Compensation, Food Stamps, Salvation Army, Texas Dept of Rehabilitative Services, Veterans Benefits, Women's Medicaid Program or Worker's Compensation Program.

**FAILURE TO PROVIDE ALL REQUESTED  
DOCUMENTATION WILL DELAY THE DETERMINATION PROCESS**



Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes  
**Solicitud de asistencia médica**

**For Office Use Only (Solo para uso de la oficina)**

Status <input checked="" type="radio"/> Application <input type="radio"/> Review	Date Form 3064 Requested/Issued	Date Identifiable Form 3064 Received	Case Record No.	Appointment Date and Time, if applicable
--	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------	--

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Código postal y núm. de teléfono.	Otro núm. de teléfono con código de área
--	-----------------------------------	--

¿Alguna vez ha usado otro nombre? De ser así, indique los nombres que ha usado.

Sí  No

Domicilio postal (calle o apartado postal)	Núm. de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
--	---------------	--------	--------	---------------

Dirección postal, si es diferente a la anterior. Si es un domicilio rural, indique cómo llegar.

1. En la tabla a continuación, use el primer renglón para poner información sobre usted. En los otros renglones, ponga la información de todas las personas que viven en la casa con usted, aún si no se consideran miembros del hogar.

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Núm. de Seguro Social (si lo sabe)	Sexo (Masculino/ Femenino)	Fecha de nacimiento	Relación con usted	¿Es usted extranjero patrocinado?
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

**Nota:** La palabra "hogar" en las preguntas 2 a 16 se refiere a usted, su cónyuge y cualquier otra persona que viva con usted y con la que tenga una relación legal. No es necesario incluir información sobre las personas que viven con usted pero que no forman parte de su "hogar".

2. ¿En qué condado y estado está ubicado su hogar (dónde está su hogar permanente)?

Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ¿Piensa permanecer en este condado y estado?  Sí  No

3. Plan de vivienda: Seleccione todas las casillas que correspondan a su hogar.

- Es dueño o está pagando por el hogar   
  Vive en una casa que otra persona paga   
  No tiene residencia permanente  
 Vive con otra persona   
  Renta una casa o apartamento   
  Cárcel

4. Anote los gastos promedios mensuales de su hogar.

Renta/hipoteca	\$
Servicios públicos (gas, agua, luz)	\$
Teléfono	\$
Servicios de transporte (como gasolina, pagos del carro, autobús)	\$
Impuestos y seguro anuales del hogar	\$
Otro gasto:	\$
Otro gasto:	\$
Otro gasto:	\$

¿Paga alguien estos gastos del hogar por usted?  Sí  No Si contesta que sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

5. ¿Recibe usted o alguien de su hogar alguno de los siguientes beneficios?  Sí  No

Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)  Programa SNAP (estampillas para alimentos)  Beneficios de Medicaid

Si contesta que sí, ¿quién recibe estos beneficios? \_\_\_\_\_

6. ¿Está usted o alguien de su hogar embarazada?  Sí  No Si contesta que sí, ¿quién está embarazada? \_\_\_\_\_

7. ¿Tiene usted o alguien de su hogar una discapacidad?  Sí  No Si contesta que sí, ¿quién tiene una discapacidad? \_\_\_\_\_

8. ¿Ha solicitado usted o alguien de su hogar Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)?

Sí  No Si contesta que sí, ¿quién solicitó estos beneficios y cuándo? \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene usted o alguien en su hogar facturas sin pagar por servicios de atención médica de los últimos tres meses?  Sí  No

Si contestó que sí, ¿de cuáles meses? \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene usted u otra persona en su hogar cobertura de atención médica (Medicare, seguro médico, Asuntos de Veteranos, Tricare, etc.)?

Sí  No Si contesta que sí, ¿quién tiene cobertura? \_\_\_\_\_

11. ¿Cuánto dinero tiene en su cartera, en su casa, en cuentas bancarias o en otros lugares?

12. ¿Cuántos carros, camiones u otros vehículos tienen usted y los demás miembros de su hogar? A continuación, anote el año, marca y modelo.

Año	Marca y modelo	+
1		-

13. ¿Es dueño o paga usted o alguien de su hogar una casa, un lote, unas tierras u otra propiedad?  Sí  No

14. En los últimos tres meses, ¿vendió, intercambió o regaló usted u otro miembro del hogar algún dinero o propiedad?  Sí  No

15. ¿Ha trabajado usted o alguien de su hogar en los últimos tres meses?  Sí  No Si contesta que sí, ¿quién trabajó? \_\_\_\_\_



El Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes ayuda a la gente a pagar la atención médica que necesita. Su derecho a recibir esta ayuda depende de sus ingresos, sus posesiones, el lugar donde vive, los demás beneficios que reciba o que podría recibir, así como otros factores. Asegúrese de:

1. Incluir su nombre y dirección;
2. Firmar y escribir la fecha en la página 3 de la solicitud, y
3. Responder a tantas preguntas como pueda en esta solicitud.

Entregue o envíe por correo su solicitud hoy mismo, aún si no pueda responder a todas las preguntas.

### **Sus responsabilidades**

Es posible que se le pida que traiga pruebas de lo que escriba en su solicitud o de lo que le diga a la persona que lo entreviste. Si necesita ayuda para conseguir pruebas, la persona que lo entreviste le ayudará. A continuación se enumeran ejemplos de alguna información que se le podría pedir que compruebe y los documentos que puede usar como prueba.

**Lugar donde vive y donde piensa seguir viviendo:** Correspondencia que recibe en su domicilio; expedientes escolares; documentos para votar; recibos de impuestos sobre la propiedad o el pago de alquiler o de hipoteca; licencia de manejar de Texas, y otros documentos de identificación oficiales.

**Sus posesiones y el valor que tienen:** Avalúos de impuestos sobre los bienes; estimaciones de las agencias de automóviles; anuncios de venta de artículos similares; declaraciones de agentes de bienes raíces, y estados de cuentas bancarias.

**Sus ingresos:** Comprobantes del pago; talones de cheque; formulario de impuestos W-2 o declaración de impuestos; comprobantes de ventas; declaraciones de los empleadores; cartas de concesión; documentos legales, y declaraciones de personas que le dan dinero.

**Otro tipo de cobertura de atención médica:** Cartas de concesión o de reclamos; pólizas de seguro de vida; documentos del tribunal, y otros expedientes judiciales.

La información sobre los números de Seguro Social debe proporcionarse si está disponible. La información sobre el sexo (masculino/femenino) no es obligatoria. Esta información no se toma en cuenta para determinar si usted cumple con los requisitos para recibir beneficios.

Debe dar información sobre el seguro médico y cualquier tercero responsable económicamente de los servicios de atención médica pagados por el condado por usted y los miembros de su hogar. Al firmar y presentar esta solicitud, usted concede al condado el derecho de recuperar de cualquier tercero el costo de los servicios de atención médica, que hayan sido prestados por el condado.

Se le podría pedir que solicite los beneficios de Medicaid, Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Si se le pide que solicite los beneficios de uno de estos programas o si ya presentó la solicitud, pero está esperando una respuesta, su solicitud de CIHCP podría permanecer pendiente hasta que se determina que no llena los requisitos para recibir beneficios de los otros programas. Si no llena los requisitos para recibir beneficios de los otros programas y si contestó todas las preguntas de la solicitud y presentó todas las pruebas solicitadas, su solicitud podrá ser tramitada. Después, el CIHCP tendrá 14 días para determinar si usted reúne los requisitos para recibir beneficios.

Después de presentar su solicitud, debe informar en un plazo de 14 días cualquier cambio de dirección, ingresos, recursos, personas que viven con usted, o si solicitó o recibió Medicaid, TANF o SSI.



Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes  
**Divulgación de información sobre expedientes de casos**

Nombre del expediente del caso:	Núm. del expediente del caso:
---------------------------------	-------------------------------

Por este medio autorizo a las personas, organizaciones o establecimientos que tengan información o registros sobre nuestras circunstancias, a que proporcionen dicha información a un representante del Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes (CIHCP). Doy mi permiso para que el CIHCP obtenga información que podría afectar nuestra habilidad para cumplir los requisitos del programa. Esta autorización es válida por seis meses después de la fecha en que se firmó.

Persona o departamento con quien se compartirá la información:

Solicitud de información específica (Especifique en 1 y 2 a continuación).

1. Información solicitada \_\_\_\_\_

2. Periodo cubierto (fechas) \_\_\_\_\_

Solicitud de información general (Se puede compartir cualquier información disponible).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o beneficiario

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor, apoderado, o del padre o la madre del menor

\_\_\_\_\_  
Fecha



**TEXAS**  
Health and Human  
Services

[Date]	Núm. del expediente del caso
Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)	
Código de área y teléfono.	

Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes (CIHCP)  
**Constancia de empleo**

Empleado o interesado	Núm. de Seguro Social
-----------------------	-----------------------

El empleado o la persona nombrada anteriormente es un miembro de un hogar que solicita asistencia de atención médica del Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes. Para determinar si el hogar cumple con los requisitos para recibir asistencia, es necesario verificar todos los ingresos. Dado que esta persona es, fue o será su empleado, necesitamos su ayuda.

Esta persona ha dado permiso (en la siguiente sección) para que usted proporcione de forma completa y precisa la información solicitada en la página 2 de este formulario. Si una pregunta no corresponde, marque N/A. Después de completar este formulario, entréguelo a su empleado, envíelo por correo en el sobre adjunto o envíelo por fax al número indicado anteriormente.

Agradecemos su ayuda en mandarnos esta información a más tardar el [date]. Si tiene preguntas, llame al teléfono de la oficina indicado anteriormente. Agradecemos su colaboración.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

Anexo: Sobre

Doy mi permiso para que se divulgue la información que se pide en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado o la persona

\_\_\_\_\_  
Fecha

Comentarios:

# FCIHC ASSISTANCE VERIFICATION STATEMENT

This form should be completed by any person providing support to the applicant.

APPLICANTS NAME: \_\_\_\_\_

Have you given money to the applicant? (Please Circle) YES NO  
If yes, however small, please note the dates and amounts below.

Date	Amount	Date	Amount	Date	Amount	Date	Amount
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Have you loaned money to the applicant? (Please Circle) YES NO  
If yes, please note the dates and amounts, however small below.

Date	Amount	Date	Amount	Date	Amount
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Have you paid any bills directly for the applicant? (Please Circle) YES NO  
If yes, please list below:

Amount Paid	Company Paid	Date Paid
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Are you currently providing food for the applicant? (Please Circle) YES NO

Is the applicant currently living with you? (Please Circle) YES NO

If Yes, Name and address of person applicant lives with \_\_\_\_\_

Does the applicant pay you rent? (Please Circle) YES NO

Do you provide the applicant a place to live other than in your home? (Please Circle) YES NO

If Yes, What are the living arrangements? \_\_\_\_\_

Does the applicant have children staying with them? (Please Circle) YES NO

I help support the above named applicant and I certify that the above information is correct to the best of my knowledge and that the above named applicant (please check one)

Does not have any income or  Does have income.

I understand that providing false information can result in a fine or possible imprisonment.

\_\_\_\_\_  
Signature of person providing support

\_\_\_\_\_  
Date

### Constancia de empleo

Nombre del empleado (como aparece en sus registros)		
Dirección del empleado (número y calle, ciudad, estado y código postal, como se muestra en sus registros)		
¿Es, fue o será esta persona empleado suyo?		¿Se le retiene FICA o FIT?
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No      Si contesta "Sí": <input type="radio"/> Permanente <input type="radio"/> Temporal		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Sueldo	Promedio de horas por cada periodo de pago	Frecuencia del pago
<input type="radio"/> Por Hora <input type="radio"/> Por Día <input type="radio"/> Por semana <input type="radio"/> Por Mes <input type="radio"/> Por cada empleo		

Anote en la siguiente tabla todos los pagos recibidos por este empleado durante los meses de:				
Fecha final del periodo de pago	Fecha en que el empleado recibió el pago	Horas trabajadas	Pago bruto	Otros pagos* (bonos, comisiones horas extras, plan de pensión, participación en los beneficios, propinas)

\*Explique en la sección de Comentarios que aparece a continuación cuándo y cómo se reciben los otros pagos.

Fecha de contratación	Fecha en que se recibió el primer pago	Si el empleo se tomó una licencia sin pago
		Fecha de inicio: _____ Fecha en la que terminó: _____

Si esta persona ya no es empleado suyo	Pago bruto del último sueldo:
Fecha en la que recibió el último pago:	

¿Hay seguro médico disponible? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Si contesta "Sí", el empleado: <input type="radio"/> No está inscrito <input type="radio"/> Está inscrito solo para sí mismo <input type="radio"/> Está inscrito con miembros de su familia

Comentarios:

\_\_\_\_\_  
 Firma de la persona que verifica los datos      Puesto de la persona que verifica los datos      Fecha

Compañía o empleador	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	Teléfono con código de área.
----------------------	--	------------------------------



Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes (CIHCP)  
**Declaración de los ingresos por autoempleo**

Nombre de expediente del caso	Núm. de expediente del caso
-------------------------------	-----------------------------

**Vea instrucciones e información adicional en la página 2**

1. Nombre de la persona que recibe ingresos del trabajo por cuenta propia: \_\_\_\_\_
2. Indique cuántos meses se cubren en esta declaración de ingresos: \_\_\_\_\_
3. Describa el trabajo por el que obtuvo este ingreso:

4. Haga una lista de los gastos e ingresos de su negocio. **Aviso importante: Adjunte recibos, facturas u otros documentos de verificación.**

Fecha	Gastos	Monto
Monto total de los gastos		

Fecha	Ingresos	Monto
Ingresos totales		
Reste los gastos		
<b>Ingresos derivados del trabajo por cuenta propia, netos</b>		

Hasta donde yo sé, la información anterior es correcta y verdadera. Entiendo que dar información falsa al condado podría llevarme a ser descalificado del programa por fraude.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de la persona que está ayudando a llenar el formulario, si aplica \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si usted u otro miembro de su hogar tiene algún tipo de ingresos por trabajo por su cuenta, llene este formulario y adjúntelo a su solicitud. En lugar de este formulario, puede adjuntar una copia de su última declaración de impuestos. Si su sistema de contabilidad es diferente, puede sustituir este formulario por una copia de su declaración de contabilidad. Debe responder a todas las preguntas y poner su firma y la fecha al final de la página 1. **Puede agregar más hojas si es necesario.** Firme y feche cada hoja adicional. Esta es su declaración jurada. Cuando tenga su entrevista, tendrá que presentar las facturas, recibos, cheques o comprobantes de ingresos, y cualquier otra documentación de su negocio para que los vea el trabajador de su caso. **Todos sus documentos se le regresarán.**

**Los ingresos por autoempleo** son todo el dinero que gana trabajando por su cuenta. No es dinero que gane trabajando para otra persona. Si tiene dudas, hable con su trabajador social.

**Preguntas 1, 2 y 3.** Estas preguntas no necesitan explicación.

**Pregunta 4.** Haga una lista de los ingresos y gastos de su negocio. En los cuadros del lado izquierdo de la página 1, anote los **gastos de su negocio** (vea la información a continuación). Escriba las fechas en que pagó los gastos y el monto de cada gasto. Sume las cantidades y escriba el total en el cuadro "Monto total de los gastos". En los cuadros del lado derecho de la página 1, anote sus ingresos (vea la información a continuación). Anote las fechas en que recibió los ingresos, sus fuentes de ingresos y los montos. Sume las cantidades e ingrese el total en el cuadro "Subtotal". En el cuadro "Subtotal", introduzca el total de sus gastos. Reste sus gastos totales del subtotal y anote su "Ingreso neto por autoempleo".

**Los gastos** son el costo de tener su negocio. Algunos ejemplos son suministros, reparaciones, alquiler, servicios públicos, semillas, alimentos para animales, seguro empresarial, licencias, cuotas, pagos del capital de los préstamos para propiedades que producen ingresos, compras de bienes de capital (como bienes inmuebles, equipos, maquinaria y otros bienes duraderos y mejoras de los bienes de capital), contribuciones al Seguro Social para las personas que trabajaron para usted y mano de obra (no los sueldos que usted paga). Si reclama los costos por mano de obra, nombre a cada persona y la cantidad que les pagó. Si tiene cualquier otro tipo de gastos en su negocio, anótelos y ponga la fecha en que lo pagó.

No puede reclamar:

- costos de alquiler, hipoteca, impuestos o servicios públicos para el negocio si trabaja desde su casa (a no ser que estos costos estén separados de los costos de la casa);
- costos de artículos que compra para el negocio pero que usa personalmente;
- pérdidas netas del negocio de un período anterior; ni
- depreciación.

Si tiene dudas, entregue comprobantes del gasto y pregunte a su trabajador social.

**Los ingresos** incluyen el dinero de las ventas, ingresos en efectivo, cosechas, comisiones, arrendamientos, cuotas o cualquier cosa que haga o venda por dinero. Si tiene algún otro tipo de ingresos de su negocio, anote esos ingresos y las fechas en que los recibió.

**Quién debe firmar.** El formulario debe ser firmado por el solicitante, su cónyuge o su representante autorizado. Cualquier persona puede ayudarle a completar el formulario, pero esa persona también debe firmar y fechar el formulario. Pregunte a su trabajador social si alguien más necesita firmar el formulario.

**Con algunas excepciones, usted tiene el derecho de preguntar y ser informado sobre los datos que el condado obtiene sobre usted. Usted tiene el derecho de recibir y revisar sus datos cuando los solicite. También tiene derecho a pedir que el condado corrija cualquier información incorrecta (secciones 552.021, 552.023 y 559.004 del Código Gubernamental). Para más información sobre sus datos y su derecho a pedir correcciones, comuníquese con la oficina local del condado.**