

Do You Need Help With Prescription Drugs? ¿Necesita ayuda con los medicamentos con receta?

Prescription drug coverage is available through Medicare. This Medicare drug coverage will help pay for prescriptions, but there are costs for premiums, deductibles and copayments. You may be eligible to receive extra help to reduce the amount of premiums, deductibles and copayments and still have the Medicare drug coverage. To find out if you are eligible for reducing your expenses for the drug coverage, you may apply through the Social Security Administration. You can apply online at www.socialsecurity.gov or you can call Social Security at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

La cobertura para recetas médicas estará disponible por medio de Medicare a partir del 1° de enero de 2006. Esta nueva cobertura de Medicare para recetas médicas ayudará a pagar los medicamentos, pero habrá costos por primas, deducibles y copagos. Quizás llene los requisitos para recibir ayuda adicional para reducir el costo de las primas, los deducibles y los copagos y conservar la cobertura de Medicare para recetas médicas. Para saber si llena los requisitos para reducir sus gastos de la cobertura de recetas médicas, puede solicitar la ayuda mediante la Administración de Seguro Social. Visite www.socialsecurity.gov o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Application for Assistance – Aged and Disabled

Solicitud de asistencia (adultos mayores y personas discapacitadas)

(This is not an application for the Medicare Prescription Drug Coverage.)

If you need help paying your medical expenses, assistance with home care, or help paying Medicare cost-sharing expenses, the Texas Medicaid program may be able to help you. If you are interested, please complete the enclosed application.

If you receive certain long-term care Medicaid services, related hospital and prescription drug services, and you are age 55 or older, the state of Texas can make a claim on your estate to recover the money that Medicaid has paid for your care. No claim will be made as long as you are survived by your spouse or your child who is under age 21 or disabled.

It is important that you answer each question. Please enter “no” or “none” to questions that do not apply to you, and be sure that the application is signed and dated. You may ask a friend or relative to help you.

Please include with your application proof of all income and things that you own. The proof may be COPIES of the documents listed below; DO NOT SEND ORIGINALS:

Award letters (VA, Social Security, Railroad Retirement)

Earnings statements

Current bank statements

Savings passbook

Certificates of deposit

Certificates of notes, stocks or bonds

Insurance policies (life, burial or hospitalization)

Transfer papers or deeds (for anything that you owned, but sold or gave away)

Homestead tax appraisal

Copy of promissory notes, mortgages, loans

Prepaid burial contracts

After your application is received, we will review it to determine if you are eligible. We will notify you of the decision within 45 days.

(Esta no es una solicitud de cobertura de Medicare para recetas médicas).

Si necesita ayuda para pagar gastos médicos, servicios de atención médica en casa o su parte de los gastos de Medicare, es posible que el programa de Medicaid de Texas pueda ayudarlo. Si está interesado, por favor, llene la solicitud adjunta.

Si recibe ciertos servicios de atención a largo plazo de Medicaid, servicios relacionados de hospital y medicamentos con receta, y tiene 55 años o más, el estado de Texas puede presentar un reclamo de derechos contra su propiedad para recuperar el dinero que Medicaid ha pagado por su atención. No se presentará ningún reclamo de derechos si lo sobrevive su cónyuge o un hijo menor de 21 años o con discapacidades.

Es importante que conteste todas las preguntas. Contesté “No” o “Ninguno” a las preguntas que no son pertinentes a su situación. Asegúrese de firmar la solicitud y poner la fecha. Puede pedir a un pariente o amigo que le ayude.

Sírvase incluir con la solicitud pruebas de todos los ingresos y de las cosas que le pertenecen. NO MANDE LOS ORIGINALES. Estos comprobantes deben ser COPIAS de:

Cartas de concesión (de Pensión de Veteranos, Seguro Social o Pensión de Ferrocarril)

Estados de ingresos

Estados de cuenta bancaria recientes

Libretas de cuentas de ahorros

Certificados de depósito

Certificados de pagarés, acciones o bonos

Pólizas de seguro (de vida, entierro u hospitalización)

Documentos de traspaso o escrituras (de pertenencias o propiedades cuyas que vendió o regaló)

Avalúo de impuestos de la casa habitación

Pagarés, hipotecas, préstamos

Contratos de entierro prepagados

Después de recibir la solicitud, la revisaremos para decidir si llena los requisitos de elegibilidad. Le avisaremos de la decisión dentro de 45 días.

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS REGARDING THE APPLICATION, PLEASE CALL:

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE LA SOLICITUD, POR FAVOR, LLAME AL:

When you have completed the application, please mail it to us in the attached envelope. Someone may be in touch with you. An interview is not required as part of the application process. You may request an interview.

Free legal help from outside the department is available in many communities; call your local department office for information.

Al completar la solicitud, por favor, envíenosla en el sobre adjunto. Es posible que alguien se comunice con usted. La entrevista no es un requisito del trámite de solicitud. Puede pedir una entrevista.

En muchos lugares se pueden obtener servicios de abogado gratis. Estos servicios no son del departamento, pero la oficina local puede darle información.

- I have been advised and understand that this application or recertification will be considered without regard to race, color, religion, creed, national origin, age, sex, disability or political belief.
- I have been advised and understand that I may request a review of the decision made on my application or recertification for assistance and may request a fair hearing, orally or in writing, concerning any action or inaction affecting receipt or termination of assistance.
- I have been advised and understand that my estate will be required to repay the cost of certain long-term care services and any related hospital and prescription drug services, if there is not a valid reason for exclusion.
- If my case is selected for review, I give my consent for the Health and Human Services Commission (HHSC) to obtain information from any source to verify the statements I have made.
- I understand that HHSC may give my name, address and telephone number to telephone and electric utility companies to help them determine if I qualify for a reduction in my bills.

PENALTY STATEMENT

- My answers to all of the questions, and the statements I have made, are true and correct to the best of my knowledge and belief.
- I understand that if I obtain, or assist another person in obtaining, medical assistance by fraudulent means, I may be charged with a state or federal offense; and I may also be held liable for any repayment of benefits fraudulently obtained.
- I will let HHSC know within 10 days of any changes that could affect my eligibility. This includes changes in income, resources, living arrangement, property holdings or insurance (including health insurance premiums).

- Me han informado y comprendo que esta solicitud o recertificación se tomará en cuenta sin distinción de raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencias políticas.
- Me han informado y comprendo que puedo pedir una revisión de la decisión que se tome sobre mi solicitud de asistencia o recertificación y que puedo pedir oralmente o por escrito una audiencia imparcial con respecto a cualquier acción o inacción que afecte la concesión o la terminación de asistencia.
- Me han informado y comprendo que el costo de ciertos servicios de atención a largo plazo y cualquier servicio relacionado de hospital y de medicamentos con receta tendrá que pagarse con mis propiedades, si no hay una razón válida para quedar exento.
- Si mi caso es seleccionado para revisión, doy mi permiso a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) para obtener información de cualquier fuente para verificar las declaraciones que he hecho.
- Comprendo que la HHSC puede dar mi nombre, dirección y número de teléfono a las compañías de teléfono y de luz para ayudarles a determinar si lleno los requisitos para recibir una rebaja en las cuentas.

DECLARACIÓN SOBRE SANCIONES

- Mis respuestas a todas las preguntas y las declaraciones que he hecho son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.
- Comprendo que si obtengo, o ayudo a otra persona a obtener fraudulentamente asistencia médica, me pueden acusar de una infracción estatal o federal; y pueden hacerme responsable del pago de beneficios obtenidos fraudulentamente.
- Avisaré a la HHSC dentro de 10 días de cualquier cambio que pudiera afectar mi elegibilidad. Estos pueden ser, entre otros, cambios en ingresos, recursos, arreglos de vivienda, propiedades o seguros (inclusive en las primas del seguro médico).

If form is being distributed by an agency other than the Health and Human Services Commission, enter agency name:

For HHSC use only Solo para uso de la HHSC	☐ Application	Date Form Requested	Date Form Mailed	BJN
	☐ Recertification	Date Form Received	Appointment Date	Applicant/Client No.

APPLICATION FOR ASSISTANCE-AGED AND DISABLED
SOLICITUD DE ASISTENCIA (ADULTOS MAYORES Y PERSONAS DISCAPACITADAS)

Applicant's Name (last, first, middle initial) Nombre del solicitante (apellido, nombre, inicial segundo nombre)		Social Security No. Núm. de Seguro Social		Medicare Claim No. Núm. de reclamación de Medicare	
Home Address - Street & No. Domicilio - Calle y Núm.		City, State, ZIP Ciudad, Estado, Código postal		County Condado	Telephone No. Núm. de teléfono
Mailing Address (if different) - Street & No. Dirección postal (si es diferente) - Calle y Núm.		City Ciudad		State Estado	ZIP Código postal
Date of Birth Fecha de nacimiento	Sex Sexo	Race Raza	Resident of Texas? ¿Es residente de Texas? ☐ Yes/Sí ☐ No		Do you plan to stay in Texas? ¿Piensa quedarse en Texas? ☐ Yes/Sí ☐ No
U.S. Citizen? ¿Es ciudadano de EE.UU.? ☐ Yes/Sí ☐ No		If you are a citizen, do you want to register to vote?/ Si es ciudadano, ¿quiere inscribirse para votar? ☐ Yes/Sí ☐ No			
Spouse's Name (last, first, middle initial) Nombre del cónyuge (apellido, nombre, inicial segundo nombre)		Social Security No. Núm. de Seguro Social		Medicare Claim No. Núm. de reclamación de Medicare	
Spouse's Address (if different) Domicilio del cónyuge (si es diferente)		City, State, ZIP Ciudad, Estado, Código postal		County Condado	Telephone No. Núm. de teléfono
Date of Birth Fecha de nacimiento	Sex Sexo	Race Raza	U.S. Citizen? ¿Es ciudadano de EE.UU.? ☐ Yes/Sí ☐ No		Resident of Texas? ¿Es residente de Texas? ☐ Yes/Sí ☐ No
Where do you live?/¿Dónde vive?					
☐ Own home Vivo en casa propia ☐ Rent House/ Apartment Alquilo casa/ apartamento ☐ Live in House Provided by Someone Vivo en casa de otra persona					
☐ Live with Someone Vivo con alguien ☐ Live in Nursing Facility/Continuing Care Retirement Community Vivo en un centro para convalecientes/Comunidad de atención continua para jubilados					
Give the total average monthly household expenses for the following:/Anote los gastos mensuales promedio de la unidad familiar:					
Rent/Mortgage Payment Pago de la renta/hipoteca \$	Natural Gas (or Propane) Gas natural (o propano) \$	Lights, Electricity Luz, electricidad \$	Water/Wastewater Agua/Alcantarillado \$	Food Comida \$	
Give amount you contribute to household expenses; provide verification./Anote la cantidad que usted contribuye para los gastos de la unidad familiar; dé pruebas.					
Rent/Mortgage Payment Pago de la renta/hipoteca \$	Natural Gas (or Propane) Gas natural (o propano) \$	Lights, Electricity Luz, electricidad \$	Water/Wastewater Agua/Alcantarillado \$	Food Comida \$	

Do you pay rent?

¿Paga renta?

☐ Yes/Sí ☐ No

Do you pay for your own food?

¿Paga su propia comida?

☐ Yes/Sí ☐ No

Do you have Medicare Part A?

¿Tiene Medicare Parte A?

☐ Yes/Sí ☐ No

Does your spouse have Medicare Part A?

¿Tiene su cónyuge Medicare Parte A?

☐ Yes/Sí ☐ No

Do you have Medicare Part B?

¿Tiene Medicare Parte B?

☐ Yes/Sí ☐ No

Does your spouse have Medicare Part B?

¿Tiene su cónyuge Medicare Parte B?

☐ Yes/Sí ☐ No**List ALL resources owned by You or Your Spouse. (Some resources may not be counted.)**

Indique TODOS los recursos que le pertenecen a usted o a su cónyuge. (Algunos recursos pueden no contar).

Type Tipo	Amount Cantidad	Source/Name/Account No. Fuente/Nombre/Núm. de cuenta
Checking Account/Cuenta de cheques	\$	
Savings Account/Cuenta de ahorros	\$	
Certificate of Deposit Certificado de depósito	\$	
You must disclose if you and/or your spouse have an interest in an annuity or similar instrument. If you are determined eligible for Medicaid, the state becomes the remainder beneficiary of that instrument. Tiene que divulgar si usted o su cónyuge tiene participación en anualidades o en instrumentos similares. Si determinan que usted llena los requisitos de Medicaid, el estado se vuelve nudo propietario de ese instrumento.		
Stocks/Bonds/Annuities Acciones/Bonos/Anualidades	\$	
If you or your spouse own an annuity, is the state of Texas named the remainder beneficiary? Si usted o su cónyuge es dueño de una anualidad, ¿se ha nombrado al estado de Texas nudo propietario?		☐ Yes/Sí ☐ No
Preneed Funeral Contract Contrato de funeral prepagado	\$	
Cash on Hand/Dinero en efectivo	\$	
Notes/Pagarés	\$	
Automobiles/Automóviles	\$	
Life Insurance/Seguro de vida	\$	
Burial Insurance/Seguro de entierro	\$	
Burial Plots/Terrenos de entierro	\$	
Other Lots or Land Otros terrenos o tierras	\$	
If living in a continuing care retirement community, submit copy of admission contract. Si usted vive en una Comunidad de atención continua para jubilados, presente una copia del contrato de ingreso.		
Additional Resources Owned by You or Your Spouse Recursos adicionales que le pertenecen a usted o a su cónyuge	\$	
	\$	
	\$	

HEALTH/HOSPITALIZATION INSURANCE/SEGURO MÉDICO O DE HOSPITAL

Are you now covered or have you been covered during the past year by any insurance (no Medicaid or Medicare) paid for by you or someone else?

¿Tiene, o ha tenido en el último año, cobertura de algún seguro médico (que no sea Medicaid ni Medicare) que usted u otra persona pagó?

☐ Yes/Sí ☐ No

If “Yes,” complete the following: /Si contesta “Sí”, llene lo siguiente:

Name of Insurance Company /Nombre de la compañía de seguros	Policy No./Núm. de póliza
Address of Insurance Company/Dirección de la compañía de seguros	Beginning Coverage Date Fecha de vigencia de la cobertura

List ALL Income Available to You or Your Spouse. (Some incomes may not be counted.)

Indique TODOS los ingresos que usted y su cónyuge tienen a su disposición. (Algunos ingresos pueden no contar).

TYPE OF INCOME TIPO DE INGRESOS	APPLICANT/CLIENT / SOLICITANTE/CLIENTE		SPOUSE / CÓNYUGE	
	Monthly Gross Ingreso mensual bruto	Source Fuente	Monthly Gross Ingreso mensual bruto	Source Fuente
Social Security Seguro Social	\$		\$	
VA Pension Pensión de veteranos	\$		\$	
Military Service/Servicio militar	Did anyone serve in the Armed Forces?/¿Sirvió alguien en las fuerzas armadas? ☐ Client /Cliente ☐ Spouse/Cónyuge ☐ Parents/Padres or/o ☐ Child killed in action/Hijo muerto en combate			
Name of Veteran/Nombre del veterano	Service No./Núm. de servicio militar:			
Wartime?/¿Sirvió en tiempo de guerra? ☐ Yes/Sí ☐ No	Dates of Service/Fechas de servicio MM/DD/YYYY to MM/DD/YYYY			
Wages Sueldos	\$		\$	
Railroad Retirement Pensión de ferrocarril	\$		\$	
Civil Service A anualidad del servicio civil	\$		\$	
Pension Pensión	\$		\$	
Annuity A anualidad	\$		\$	
Interest Intereses	\$		\$	
Farm Income Ingresos agrícolas	\$		\$	
Mineral/Royalty Derechos minerales/ Regalías	\$		\$	
Gifts Regalos	\$		\$	
Other Income Otros ingresos	\$		\$	

Name of Person Completing Form (if not client) Nombre de la persona que prepara la solicitud (si no es el cliente)	Relationship to Client Relación con el cliente	Home Telephone No. Teléfono de la casa	Work Telephone No. Teléfono del trabajo
Address (Street, City, State, ZIP) / Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal)			

Signing Up to Vote

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote here today? ☐ Yes ☐ No

IF YOU DO NOT CHECK EITHER BOX, YOU WILL BE CONSIDERED TO HAVE DECIDED NOT TO REGISTER TO VOTE AT THIS TIME. If you would like help in filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private. If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with the Elections Division, Secretary of State, P.O. Box 12060, Austin, TX 78711. Phone: 1-800-252-8683

Inscripción para votar

Llenar la solicitud del registro para votar o negarse a inscribirse no afectará la cantidad de asistencia que este departamento le dará.

Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le interesa llenar hoy mismo la solicitud del registro para votar? ☐ Sí ☐ No

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, ESO SIGNIFICARÍA QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. Si quiere ayuda para llenar la solicitud del registro para votar, le podemos ayudar. Usted decide si necesita o quiere aceptar la ayuda. Puede llenar la solicitud en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o negarse a inscribirse para votar, o con su derecho de escoger un partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja en Elections Division, Secretary of State, P.O. Box 12060, Austin, TX 78711. Número de teléfono: 1-800-252-8683

Agency Use Only: Voter Registration Status

☐ Already registered ☐ Client declined ☐ Agency transmitted
☐ Client to mail ☐ Mailed to client ☐ Other

 Agency Signature Staff

Discrimination Complaints

If you believe you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, sex, disability or religion, you may file a complaint by contacting:

**HHSC Civil Rights Office, 701 W. 51st St., Suite 104,
 MC W-206, Austin, TX 78751
 Voice: 1-888-388-6332, TTY: 1-877-432-7232,
 Fax: 1-512-438-5885**

**You can also file a complaint by contacting:
 U.S. Department of Health and Human Services:**

1-800-368-1019

**Office for Civil Rights - Region VI TTY: 1-214-767-8940
 1301 Young St., Room 1169 Fax: 1-214-767-4032
 Dallas, TX 75202**

Quejas de discriminación

Si usted cree que lo han discriminado por motivo de su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o religión, puede presentar una queja comunicándose con

HHSC Civil Rights Office, 701 W. 51st St., Suite 104,
 MC W-206 Austin, TX 78751
 Voz: 1-888-388-6332, TTY: 1-877-432-7232,
 Fax: 512-438-5885

También puede presentar una queja comunicándose con:
 U.S. Department of Health and Human Services:

1-800-368-1019

Office for Civil Rights - Region VI TTY: 1-214-767-8940
 1301 Young St., Room 1169 Fax: 1-214-767-4032
 Dallas, TX 75202

Notice: Your estate might have to pay the state back for services you get.

Medicaid Estate Recovery Program: If you get certain Medicaid long-term services, the state of Texas has the right to ask for money back from your estate after you die. In some cases, the state might not ask for anything back. The state will never ask for more money back than it paid for your services. The state can ask for money back from your estate only if: (1) you applied for and received certain Medicaid services on or after March 1, 2005, and (2) you were age 55 or older when you got the services. To learn more, call 1-800-458-9858.

Aviso: El estado podría reclamar dinero de su propiedad para pagar por los servicios que reciba.

Programa de Recuperación de Medicaid (MERP): Si recibe ciertos servicios de cuidados a largo plazo de Medicaid, el estado de Texas tiene el derecho de reclamar dinero de su propiedad por los servicios que recibió luego de que usted muera. En algunos casos, el estado no reclamará este dinero. El estado nunca pedirá más dinero del necesario para cubrir los gastos de los servicios que recibió. El estado puede reclamar dinero de su propiedad sólo si: (1) solicitó o recibió ciertos servicios de Medicaid en o antes del 1 de marzo de 2005, y (2) si tenía 55 años de edad o más cuando recibió los servicios. Para más información llame al 1-800-458-9858.

BE SURE THIS FORM IS SIGNED BEFORE IT IS RETURNED ASEGÚRESE DE FIRMAR ESTA FORMA ANTES DE DEVOLVERLA

Signature-Client/Firma del cliente	Date/Fecha	Signature-Spouse/ Firma del	Date/Fecha
		Relationship to Client/Relación con el cliente	
Signature-Responsible Person Firma de la persona responsable	Date/Fecha		

If the client cannot sign his name, two witnesses to the client making his mark (X) must sign below:

Si el cliente no puede firmar su nombre, tiene que poner una marca (X) ante dos testigos, que tienen que firmar a continuación:

Signature-Witness/Firma del testigo	Date/Fecha	Signature-Witness/Firma del testigo	Date/Fecha

With a few exceptions, you have the right to request and be informed about the information that the Health and Human Services Commission (HHSC) obtains about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask HHSC to correct information that is determined to be incorrect (Government Code, Sections 552.021, 552.023, 559.004). To find out about your information and your right to request correction, please contact your local HHSC office.

Con algunas excepciones, usted tiene el derecho de saber qué información obtiene sobre usted la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) y de pedir dicha información. Tiene el derecho de recibir y revisar la información, si la solicita. También tiene el derecho de pedir que la HHSC corrija cualquier información incorrecta (Secciones 552.021, 552.023, 559.004 del Código Gubernamental). Para enterarse sobre la información y el derecho de pedir que la corrijan, favor de comunicarse con la oficina local de la HHSC.

Social Security Numbers: You will be asked to provide the Social Security numbers (SSNs) for all persons (including yourself) for whom you want assistance. If any of these persons do not have an SSN, we can help you apply for one. Providing or applying for an SSN is voluntary; however, providing or applying for an SSN is a condition of eligibility for benefits as required by Section 1137 of the Social Security Act. Therefore, any person who declines to apply for or provide an SSN may be found ineligible. The authority for these requirements is as follows: for SNAP benefits, 7 C.F.R. 273.6; for TANF benefits, 45 C.F.R. 205.52; and for Medical Assistance benefits, 42 C.F.R. 435.910. We will not share your SSN with the Bureau of Citizenship and Immigration Services (formerly INS). You will not have to provide SSNs for any family members who are not eligible because of immigration status and who are not asking for benefits. SSNs are used to verify eligibility, to conduct computer matching with other agencies (such as the Texas Workforce Commission, the Social Security Administration, the Internal Revenue Service, credit reporting agencies) and other matching sources, and to recover benefits you were not entitled to receive. We may also share SSNs with telephone and electric companies to help them determine if you qualify for a reduction in your bills or with others to help you receive benefits based on need.

Números de Seguro Social. Se le pedirá que dé el Número de Seguro Social (SSN) de todas las personas (inclusive el suyo) para quienes quiere asistencia. Si alguna de estas personas no tiene un SSN, le podemos ayudar a solicitarlo. Proporcionar el SSN o solicitar uno es voluntario; sin embargo, es una condición de la elegibilidad para beneficios, según lo exige la Sección 1137 de la Ley de Seguro Social. Por eso, es posible que cualquier persona que no quiera solicitar o proporcionar el SSN, no llene los requisitos. La autoridad que rige sobre estos requisitos es la siguiente: para los beneficios de comida del Programa SNAP, el Título 7 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.), Sección 273.6; para los beneficios de TANF, el Título 45 del C.F.R., Sección 205.52; y para los beneficios de asistencia médica, el Título 42 del C.F.R., Sección 435.910. No le daremos su SSN a la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (antes el INS). No tiene que proporcionar los SSN de los miembros de la familia que no llenen los requisitos debido a su calidad migratoria y que no estén solicitando beneficios. El SSN se usa para verificar la elegibilidad, para hacer comparaciones por computadora en otros departamentos (como la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos y las compañías de informes de crédito) y de otras fuentes, y para recuperar los beneficios a los que no tenía derecho. Es posible que también demos su SSN a la compañía de teléfono y a la de luz para ayudarles a determinar si usted llena los requisitos para una reducción en sus cuentas o a otras personas para ayudarle a usted a recibir beneficios según su necesidad.



Client Name and Address:

Date/Fecha

HHSC Staff/Personal de la HHSC

Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono

Important Information from Medicare Do You Need Help With Prescription Drugs?

Medicare Prescription Drug Coverage – Prescription drug coverage is available through Medicare. This Medicare drug coverage will help pay for prescriptions, but there are costs for premiums, deductibles, and copayments. You may be eligible to receive extra help to reduce the amount of premiums, deductibles and copayments and still have the Medicare drug coverage. To find out if you are eligible for reducing your expenses for the drug coverage, you may apply through the Social Security Administration. You can apply online at www.socialsecurity.gov or you can call Social Security at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Application Letter Attachment

The attached application is not an application for the Medicare Prescription Drug Coverage.

Each question on the application form must be answered. Enter "no" or "N/A" to questions that do not apply. A question that is left blank will be considered unanswered. You may ask a friend or relative to help you.

Please include with the application proof of all income and things that are owned. The proof may be copies of: award letters (VA, Social Security, Railroad Retirement); your last three bank statements; savings passbook; certificates of deposit; certificates of notes, stocks or bonds; insurance policies (life, burial, hospitalization); transfer papers or deeds (for anything that was sold or given away within the past 60 months); and prepaid burial contracts.

The application should be signed by the applicant and his/her spouse, the guardian, power-of-attorney or responsible party. After the application is received, it will be reviewed to determine eligibility. A face-to-face interview is usually not required. You will be notified of the decision.

If you have questions, please contact the location indicated above.

Información importante de Medicare ¿Necesita ayuda con los medicamentos con receta?

La cobertura de Medicare para recetas médicas estará disponible por medio de Medicare a partir del 1° de enero de 2006. Esta nueva cobertura de Medicare para recetas médicas ayudará a pagar los medicamentos, pero habrá costos por primas, deducibles y copagos. Quizás llene los requisitos para recibir ayuda adicional para reducir el costo de las primas, los deducibles y los copagos y conservar la cobertura de Medicare para recetas médicas. Para saber si llena los requisitos para reducir sus gastos de la cobertura para recetas médicas, puede solicitar la ayuda mediante la Administración de Seguro Social. Visite www.socialsecurity.gov o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Anexo a la carta de solicitud

Esta no es una solicitud para la cobertura de Medicare para recetas médicas.

Hay que contestar todas las preguntas de la solicitud. Conteste "No" o "N/A" para las preguntas que no son pertinentes. Hay que llenar todos los espacios, de lo contrario se considerará que dejó la pregunta sin contestar. Puede pedir ayuda a un amigo o a un pariente.

Sírvase incluir con la solicitud pruebas de todos los ingresos y de las cosas que le pertenecen. Las pruebas pueden ser copias de cartas de concesión (Pensión de Veteranos, Seguro Social, Pensión de Ferrocarril); los últimos tres estados de cuenta bancaria; libreta de cuenta de ahorros; certificados de depósito; certificados de pagarés, acciones o bonos; pólizas de seguro (de vida, entierro u hospitalización); documentos de traspaso o escrituras (de cualquier cosa que haya vendido o regalado en los últimos 60 meses) y contratos de entierro prepagados.

El solicitante y su cónyuge, el curador, el apoderado o la persona responsable deben firmar la solicitud. Después de recibir la solicitud, se revisará para determinar la elegibilidad. Generalmente no se necesita una entrevista en persona. Se le avisará sobre la decisión.

Si tiene alguna pregunta, favor de comunicarse con la oficina indicada anteriormente.

Discrimination Complaints

If you believe you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, sex, disability or religion, you may file a complaint by contacting:

HHSC Civil Rights Office, 701 W. 51st St., Suite 104, MC W-206, Austin, TX 78751
Voice: 1-888-388-6332, TTY: 1-877-432-7232, Fax: 1-512-438-5885

You can also file a complaint by contacting:

U.S. Department of Health and Human Services: 1-800-368-1019
Office for Civil Rights - Region VI TTY: 1-214-767-8940
1301 Young St., Room 1169 Fax: 1-214-767-0432
Dallas, TX 75202

Quejas de Discriminación

Si usted cree que lo han discriminado por motivo de su raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o religión, puede presentar una queja comunicándose con

HHSC Civil Rights Office, 701 W. 51st St., Suite 104, MC W-206, Austin, TX 78751
Voz: 1-888-388-6332, TTY: 1-877-432-7232, Fax: 512-438-5885

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.:

Office for Civil Rights - Region 6, 1301 Young St., Room 1169, Dallas, TX 75202