

Bandera County Indigent Health Service/Servicios Medica Para Indigentes del Condado Bandera

APPLICATION FOR HEALTH CARE ASSISTANCE

The County Indigent Health Care Program (CIHCP) helps people pay for needed health care. Whether you can get this help depends on your income, what you own, where you live, other help you receive or could receive, and other items. Be sure to:

- 1.) Complete your name and address;
- 2.) Sign and date Page 3 of the application; and
- 3.) Answer as many questions as you can on this application.

Turn in or mail back your application today even if you cannot answer all the questions.

YOUR RESPONSIBILITIES

You may be asked to bring proof of what you write on your application or what you tell the person interviewing you. If you need help getting proof, the person interviewing you will help. Examples of some of the items you may be asked to prove and documents you can use for proof are:

Where You Live and Plan To Continue Living

Possible Proof: Mail that you received at your address; school records; voting records; property tax, rent or mortgage receipts; Texas driver's license; other official identification.

What You Own and What It Is Worth

Possible Proof: Property tax appraisals, estimates from car dealers, ads selling similar items, statements from real estate agents, bank statements.

Your Income

Possible Proof: Pay check stubs, pay checks, W-2 tax forms or income tax returns, sales records, statements from employers, award letters, legal documents, statements from persons giving you money.

Other Health Care Coverage

Possible Proof: Award or claim letters, insurance policies, court documents, other legal papers.

Information on social security numbers should be given if this information is available. Information on sex (Male/Female) is voluntary. These types of information will not affect your eligibility.

You must give information about health care insurance and any other third party financially liable for health care services paid by the county for yourself and members of your household. By signing and submitting this application, you are agreeing to give the county the right to recover the cost of health care services provided by the county from any third party.

You may be asked to apply for Medicaid, Temporary Assistance for Needy Families (TANF), or Supplemental Security Income (SSI) benefits. If you are asked to apply for one of these programs or have applied but are waiting for an answer, your CIHCP application may be pended until you are determined ineligible for the other program. If you are not eligible for these other programs, if you have answered all the questions on the application, and if you have given all the proof asked for, your application can be processed. Then, the CIHCP must determine if you are eligible within 14 days.

After turning in your application, you must report within 14 days any changes in your address, income, resources, people living with you, or application for or receipt of Medicaid, TANF, or SSI. Send to: Bandera County, P.O. Box 563, Bandera, Texas 78003-0877. Attn: Indigent Health Care Program

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ATENCION MEDICA

El Programa de Atencion Medica para indigentes del Condado (CIHCP) ayuda a la gente a pagar los servicios medicos que necesita. La elegibilidad para esta ayuda depende de los ingresos del solicitante, sus posesiones, el lugar donde vive, otra ayuda que recibe o que podria recibir, y otras consideraciones. Asegurese de:

- 1.) Poner su nombre y direccion;
- 2.) Firmar y fechar la tercera pagina de la solicitud; y
- 3.) Contestar tantas preguntas que pueda sobre esta solicitud.

Entregue su solicitud, o echela al correo, hoy mismo aun si no ha podido contestar todas las preguntas.

SUS RESPONSABILIDADES

Puede que le pidan pruebas de lo que escriba en su solicitud o de lo que diga en su entrevista. Si necesita ayuda para obtener las pruebas, la persona que le haga la entrevista le puede ayudar. Estos son algunos ejemplos de informacion que puede tener que probar y de documentos que le puede servir de prueba:

El Lugar Donde Vive O Donde Tiene Su Hogar Permanente

Posibles Pruebas: Correo que recibio en esa direccion; expedientes de la escuela; registros de votante; recibos de impuestos, renta o hipoteca; la licencia para manejar de Tejas; otra identificacion oficial.

Las Posesiones Que Tiene y Cuanto Vale Cada Una

Posibles Pruebas: El avaluo para impuestos sobre la propiedad, avaluos hechos por vendedores de carros, anuncios de la venta de articulos parecidos, declaraciones de agentes que venden propiedades, estado de cuentas del banco.

Los Ingresos Que Tiene

Posibles Pruebas: Talones del cheque de paga, cheque de paga, comprobante de salarios e impuestos (Forma W-2), declaracion de impuesto federal, el historial de ventas, declaraciones de empleadores, carta de concesion, documentos legales, declaraciones de personas que le dan dinero.

Otra Cobertura Para Gastos Medicos

Posibles Pruebas: Cartas de reclamacion o de concesion, polizas de seguros, papeles de la corte u otros documentos legales.

Si tiene a su disposicion los numeros de seguro social, debe darlos. La informacion sobre el sexo (Hombre/Mujer) es voluntaria. Esta informacion no afectara su elegibilidad.

Debe dar informacion sobre seguros medicos y de cualquier tercero que tenga la responsabilidad de pagar los servicios medicos pagados por el condado en beneficio de usted y miembros de la unidad familiar. Al firmar y presentar esta solicitud, usted se compromete a darle al condado el derecho de recuperar el costo de servicios de un tercero.

Pueden pedirle que solicite Medicaid, Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF), o Seguridad de Ingreso Suplemental (SSI). Si le han pedido que solicite beneficios de alguno de estos programas o si usted ya los solicito y esta esperando la respuesta, su solicitud de CIHCP puede ser detenida hasta que decidan que no es elegible para los programas mencionados. Si no es elegible para estos programas, si ha contestado todas las preguntas de la solicitud, y si ha dado todos los comprobantes que piden, ya pueden procesar su solicitud. Entonces, el CIHCP tiene un plazo de 14 dias para determinar su elegibilidad.

Despues de entregar su solicitud, usted debe reportar dentro de un plazo de 14 dias cualquier cambio de direccion, ingreso, recursos, el numero de personas que viven con usted, o si solicita o recibe Medicaid, TANF, o SSI.

Bandera County Indigent Health Service/Servicios Medica Para Indigentes del Condado Bandera

FOR OFFICE USE ONLY / PARA USO DE LA OFICINA

Status if applicable <input type="checkbox"/>	Date Form 100 Is Requested/Issued	Date Identifiable Form 100 Is Received	Case Record Number	Appointment Date and Time
--	-----------------------------------	--	--------------------	---------------------------

APPLICATION FOR HEALTH CARE ASSISTANCE / SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ATENCION MEDICA

Name (Last, First, Middle)/Nombre (Apellido, primer, segundo)	Home Telephone No./Telefono de la casa	Other Telephone #/Otro número de teléfono
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. <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No		
Mailing Address (Street or P.O. Box)/Direccion Postal (Calle o Apdo.)	Apt.#/Apto.#	City/Ciudad
Home Address, if different from above. If it is rural, give directions. / Domicilio particular, si es diferente a la direccion de arriba. Si es rural, explique como llegar.		

1. 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 continuacion, llene la primera linea con information acerca de usted mismo, Liene las lineas 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, Nombres)	WHAT KIN TO YOU? RELACION DE	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	SEX SEX O	RACE	U.S. CITIZEN CIU-DADANO		IEAGAL ALIEN RESIDENTE LEGAL		IN SCHOOL ESTA EN LA		SOCIAL SECURITY NUMBER NUMERO DE SEGURO SOCIAL
					Yes Si	No	Yes Si	No	Yes Si	No	

1b. If you or anyone in your household is a legal alien, do you or they have a sponsor? / ¿Si usted o otra persona de su hogar es un extranjero legal, tiene usted o el/ella un patrocinador?

YES / SI NO

Sponsor Name

Nombre del patrocinador _____

The word "household" in Questions #2-#16 refers to: you, your spouse, and anyone else that lives with you and with whom you have 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 #2 - #16 se refiere a: usted, su esposo o esposa. Y cualquier otra persona que vive con usted y con quien tiene una relacion legal. no necesita incluir informacion de las personas.

2. What is your household's county and state of residence (where you make your permanent home)?

¿En que condado y en que 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

3. Living Arrangements / Vivienda

Check all boxes that apply to your household. Marque todas las cajitas que se apliquen a su caso

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Own or Paying for home
So dueño de mi casa o la estoy comprando | <input type="checkbox"/> Live in a house provided by someone else
Vivo en una casa ajena | <input type="checkbox"/> No permanent residence
No tengo residencia permanente |
| <input type="checkbox"/> Live with someone else
Vivo con otra persona | <input type="checkbox"/> Rent House/Apartment
Rento una casa o apartamento | <input type="checkbox"/> Jail
Carcel |

Bandera County Indigent Health Service/Servicios Medica Para Indigentes del Condado Bandera

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

Rent/Mortgage/Renta/hipoteca..... \$ _____

Utilities (gas, water, electric)/Servicios publicos (gas, agua, luz)..... \$ _____

Telephone/Telefono..... \$ _____

Other/Otro..... \$ _____

Other/Otro..... \$ _____

Other/Otro..... \$ _____

Does anyone pay these house hold expenses for you?
¿Hayotra persona que paga estos gastos de la unidad familiar por usted?..... \$ _____

If Yes,who? / Si contesta "Si," ¿quien? _____

5. Are you-or is anyone in your household receiving TANF, FoodStamp, and/orMedicaidbenefits?

¿Estausted oalguien de la unidad familiar recibiendo beneficios deTANF, estampillas paracomida, y/o Medicaid?..... Yes/Si No

If Yes,who?/Si contesta "Si," ¿quien? _____

6. Are you - or is anyone in your house hold pregnant?

¿Esta ustedo alguien de la unidad familiar embarazada?..... Yes / Si No

If Yes, who?

Si contesta "Si" ¿quien? _____

7. Are you - or is anyone in your household disabled?

¿Esta ustedo alguien de la unidad familiar incapacitada?..... Yes / Si No

If Yes, who?

Si contesta "Si" ¿quien? _____

8. Have you - or has anyone in your household applied for SSI or SSDI?

¿Alguna vez usted o alguien de la unidad familiar solicito beneficios deSSI or SSDI?..... Yes/Si No

9. Do you - or does anyone in your household have unpaid healthcare bills from the last three months?

¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar cuentasmedicas sin pagar de los ultimos tresmeses?..... Yes/Si No

If Yes, which month?

¿Si contesta "Si", ¿Cuales meses? _____

10. Do you - or does anyone in your household have healthcare coverage (Medicare, health insurance, V.A., Tricare,etc.)?

¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar la cobertura medica (Medicare, seguro medico, V.A., Tricare, etc.)?..... Yes/Si No

If Yes, who? / Si contesta "Si" ¿quien? _____

11. How much money do you have? Forexample, on your person, in your home, in bank accounts, or other locations?

¿Cuanto dinero tiene usted; porejemplo, en el bolsillo, en la casa, en las cuentas bancarias, o en otros lugares? \$

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

.....

	Year / Ano	Make and Model/Marca y Modelo
1.		
2.		

	Year / Ano	Make and Model/Marca y Modelo
3.		
4.		

13. Do you or does anyone in your household - own or pay for a home lot, land, or other things?

¿Tiene o pagaustedo alguien de la unidad familiar una casa, un lote, un terreno, u otros bienes?..... Yes/Si No

14. Did you or did anyone in your household sell, trade, or give away any cash or property during the last three months?

¿Durante los ultimos tresmeses, ¿traspaso, vendio o regaloustedo alguien de la unidad familiar diner o alguna propiedad?..... Yes/Si No

15. 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 ultimos tresmeses?..... Yes/Si No

If Yes Who?

Si contesta "Si" ¿quien? _____

Bandera County Indigent Health Service/Servicios Medica Para Indigentes del Condado Bandera

16. List all of your household's 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 continuacion. Asegurese de anotar: Cheques del gobierno; ingresos de trabajo o de capacitacion; dinero que recibe de cobros de cuarto y comida; regalos en efectivo, prestamos, o aportaciones de sus padres, familiares, amigos, y otras personas; los ingresos del patrocinador; becas o prestamos de la escuela; manutencion de ninos, o pagos por desempleo.

Name of Person Receiving Money Nombre de la persona que	Name of Agency, Person, or Employer Who Provides the Money Nombre del patron, la persona o	Amount Received	(daily, weekly, every two weeks, twice a month, monthly?) Conque frecuencia to recibe? (diariamente, por demana, cada Dos veces al mas, vez al quicensa.

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 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

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

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.

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 condado toda la informacion necesaria para comprobar mis declaraciones sobre la elegibilidad.

Me comprometo a avisar, dentro de los 14 dias, de cualquier cambio de:

- * Ingresos
- * Recursos
- * Numero de personas que viven conmigo
- * Direccion
- * Solicitud de SSI, TANF, o Medicaid o la entrega de cualquiera de estas

Me han dicho y comprendo que esta solicitud sera considerada sin discriminacion por raza, color, religion credo, origin national, edad, sexo, discapacidad, ri afiliacion politica; que puedo pedir una revision de la decision que se haga acerca de mi solicitud de asistencia o recertification para asistencia; y que puedo pedir, oraimente o por escrito, una audiencia imparcial sobre cualquier accion que afecte la entrega o la terminacion de asistencia de atencion medica.

Comprendo que al firma esta solicitud, doy al condado el derecho a recuperar de cualquier tercero el costo de los servicios medicos proporcionados por el condado. Me comprometo a daral condado la informacion necesaria para identificar y localizer cualquier otro fuente de pagos por mis servicios medicos.

Me han dicho y comprendo que si dejo de cumplir con las obligaciones especificadas en esta podria considerarse como una retencion intencional de informacion y podria dar lugar a la recuperacion de perdidas por medio de la devolucion de pagos o por medio le la presentacion de cargos criminals en mi.

BEFORE YOU SIGN, BE SURE EACH ANSWER IS COMPLETE AND CORRECT.

ANTES DE FIRMAR, ASEGURESE 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 100 if the spouse is a disqualified household member. /Si el/la solicitante esta casado/a y su esposo o esposa vive en la misma casa, se require que su esposo o esposa tambien firme esta Forma 100, aunque no tenga derecho de recibir asstencia.

Address (Street, City, State, ZIP) and telephone number of anyone who helped complete this Form 100 Direccion (Calle, Ciudad, Estado, ZIP) y telefono de la persona que ayudo a llenar esta Forma 100

Bandera County Indigent Health Service/Servicios Medica Para Indigentes del Condado Bandera

APPLICATION FOR ASSISTANCE/SOLICITUD DE ASISTENCIA ADDENDUM FOR/ ADICIÓN PARA

1. AUTHORIZED REPRESENTATIVE

If you want someone besides the head of your household, your spouse, or a responsible member to apply for benefits, obtain information or report changes for you, give his or her name and address. This person MUST sign on the "Authorized Representative" line below.

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Si quiere que alguien que no sea la cabeza de la casa, su esposo/a ni otro adulto responsable de la casa, le haga la solicitud de beneficios, obtenga información or avise de cambios, prevea el nombre y dirección de esa persona. Esa persona debe firmar sobre "Representante Autorizado"

Name of Authorized Representative/Nombre de Representante Autorizado	Telephone/Teléfono
Address (Street, City, State, Zip)/Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	

Signature-Applicant / Firma-Solicitante

Date / Fecha

Signature-Spouse / Firma-Esposo o Esposa

Date / Fecha

Signature-Witness(if signed with "X")
Firma-Testigo(si la firma es con "X")

Date/Fecha Signature-Authorized Representative
Firma-Representante Autorizado

2. OTHER SERVICES YOU HAVE APPLIED FOR OR YOU ARE CURRENTLY RECEIVING

OTROS SERVICIOS DE LOS CUALES A SOLICITADO O ESTA ACTUALMENTE RECIBIENDO

a) Has anyone in your household applied OR does anyone plan to apply for DARS (Department of Assistive & Rehabilitative Services)?
A solicitado alguien en su hogar o hay planes para solicitar al DARS (Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación)?
____ Yes/Si _____ No/No If "Yes", complete all questions below/Si contesta "Si", complete todas las preguntas bajo.

Name of Person seeking DARS/Nombre de la persona solicitando DARS	Date of application/Fecha de solicitud
Status of claim (please circle)/ Estado de su petición(circunde) PENDING/PENDIENTE RECEIVING BENEFITS/RECIBIENDO BENEFICIOS IN APPEAL/EN APELACIÓN	Name, address and phone of Case Worker Nombre, dirección y telefono del Trabajador del Caso

b) Is anyone in your household seeking Worker's Compensation? / ¿Alguien en su hogar esta solicitando Remuneración de Trabajadores?
____ Yes/Si _____ No/No If "yes", complete all questions below / Si contesta "Si", complete todas las preguntas bajo.

Name of Person seeking Worker's Compensation/Nombre de la persona solicitando Remuneración de Trabajadores	Date of application/Fecha de solicitud
Status of claim (please circle)/ Estado de su petición(circunde) PENDING/PENDIENTE RECEIVING BENEFITS/RECIBIENDO BENEFICIOS IN APPEAL/EN APELACIÓN	Name, address and phone of legal counsel Nombre, dirección y teléfono del abogado

c) Is anyone in your household seeking Crime Victim's Compensation? Alguien en su hogar esta solicitando Remuneración de Víctimas de Crimen?
____ Yes/Si _____ No/No If "Yes", who/Si contesto "Si", ¿quien?

Bandera County Indigent Health Service/Servicios Medica Para Indigentes del Condado Bandera

d) 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/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 (please circle)/ Estado de su petición(circunde) PENDING/PENDIENTE RECEIVING BENEFITS/RECIBIENDO BENEFICIOS IN APPEAL/EN APELACIÓN	Type of assistance/services being sought/Tipo de asistencia o servicios que esta solicitando

e) 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?

Name of Person/ Nombre de Persona	Status/Estado: Dependent / Dependiente Retired / Jubilado Receiving Veterans Benefits / Recibiendo Beneficios de Veterano
-----------------------------------	--

3. MARITAL STATUS Please complete the following/ ESTADO CIVIL Favor de contestar lo siguiente:

Are you currently married (please circle) / ¿Es actualmente casada/o? (circunde) YES / SI No / No	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?		
If not married check the correct answer Si no es casada/o marque lo correcto <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Never married/Nunca casada/o <input type="checkbox"/> Separated from/Separada/o de _____ </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> My spouse is deceased/Mi esposo/a es difunto/a <input type="checkbox"/> I am divorced from/Estoy divorciada/o de _____ </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Never married/Nunca casada/o <input type="checkbox"/> Separated from/Separada/o de _____	<input type="checkbox"/> My spouse is deceased/Mi esposo/a es difunto/a <input type="checkbox"/> I am divorced from/Estoy divorciada/o de _____
<input type="checkbox"/> Never married/Nunca casada/o <input type="checkbox"/> Separated from/Separada/o de _____	<input type="checkbox"/> My spouse is deceased/Mi esposo/a es difunto/a <input type="checkbox"/> I am divorced from/Estoy divorciada/o de _____		
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...)			

4. Please include anything else you feel the CIHCP 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 CIHCP debe saber de usted o su hogar (ejemplo, si esta aplicando para estado de dependiente del servicio militar):

Bandera County Indigent Health Service/Servicios Medica Para Indigentes del Condado Bandera

INCOME/RESOURCES CHECKLIST LISTA PARA VERIFICAR INGRESOS/RECURSOS

Have you received or expect to receive money from any of the following sources this month or during the last 3 months? (Please respond to each item.) ¿Usted o alguna persona en su casa ha recibido siguiente lista durante este mes o los ultimos 3 meses? (Favor de responder en cada item).

	Yes Si	No		Yes Si	No
Employment or Self-Employment Empleo o Negocio Independiente			Child Support Pagos de Sostanimiento para Ninos		
Contact Work/Trabajo por Contrato			Alimony / Compensacion por Separacion o Divorcio		
Tips or Commissions Propinas o Comisiones			Interest or Royalties Intares o Derachos de Propiedad		
Unemployment Benefits Compensacion de Desempleo			Money or Royalties from Oil, Gas or ineral Leases Dinero o Derechos de Propiedad de Contratos de Petroleo, Gas, o Minerales		
Educational Grants, Scholarships or Loans Donaciones Educativas, Becas, o Prestamos Educativos			Money from Rent of Houses or Apartments Dinero de Renta de Casas o Apartamentos		
Loans (from any other source) Prestamos(algun otro origen)			Money from roomers or Boarders Dinero que Recibe de Inquilliones o Huespedes		
Cash Gifts or Contributions Donaciones de Dinero o Contribuciones			Payments from Private Insurance Pegos de Seguridad Privada		
Refunds or Lump Sum Payments Reembolsos o Pagos de Suma Total			Union Benefits (including strike benefits) Beneficios de Union (incluyendo beneficios de huelga)		
Supplemental Security Income (SSI) or Social Security Seguridad de Ingreso Supplemental (SSI) o Seguro Social			Military Allotments Repartido de Sueldo Militar		
Veteran's Benefits or Pensions Beneficios y/o Pensiones de Veterano			AFDC Asistencia a Familias con Ninos Dependientas		
Railroad Retirement or Other Pensions Pension de Ferrocarril u Otros Beneficios de Retiro o Pensiones			Money from Other Public or Private Welfare AGencies Dinero de Otras Agencias de Welfare Publicas o Privades		
Babysitting or Cleaning Houses Culder Ninos o Limpieza de Casas			Flea Market or Arts and Crafts Sales La Pulga o Venta de Artes		
Animal or Pet Breeding and/or Sales Generador y Ventas de Animales Caseros			Home Sales: Avon, Mary Key, Tupperware, Amway, Etc. Venta en su Casa de: Avon, Mary Kay, Tupperware, Amway, etc.		
Money from Farm (including pasture rental, ASC payments Livestock or other related money) Dinero de Agricultura (incluyendo renta de pasture, Pados de ASC, ganaderia, u otro origen paracido)			Miscellaneous: Yard Work, Painting, Sale of Cans or Scrap Metal, wood Cutting, Ironing, Sewing, Carpentry, Mechanical Work, Hauling Hay, Fence Building, Meals for the Elderly, etc. Miscelanco—Trabajo de: Yards, Pintor, Venta de Aluminio o Metal, Lenardo, Planchados, Costurers, Acarreando Heno, Carpinteria, Mecanico, Construyendo Cercas, Co-mida para los Ancionos, etc.		

<p>Have you received, or expect to receive income, cash or any other type of assistance from any other source NOT listed above this month or the last 3 months? ¿Usted recibio o espera recibir ingresos, dinero o otro tipo de asistencia de sigun otro origen que no fue include en la lista durante este mas o los ultimos 3 meses?</p> <p>If yes, please sources and amounts. (Si es al, favor de alistar el origen y la cantidad.):</p> <p>_____</p>					
<p>Have you received or expect to receive any assistance from any source in exchange for work instead of receiving money? ¿Usted recibio o espera recibir siguna salestencia de un origen en cambio de trabajo en vez de recibir ingresos?</p> <p>If yes, please list source. (Si es al, favor de allstar el origen y la cantidad.):</p> <p>_____</p>					
<p>Does anyone help you or any person in the home by paying any of your expenses or bills? ¿Hay una persona que la ayuda a usted o siguna persona en su casa pagar sus gastos o cuentas?</p>					

Bandera County Indigent Health Service/Servicios Medica Para Indigentes del Condado Bandera

Do you own, have, or are buying any of the following?: (Please respond to each item)
 ¿Usted tienen o handan comprando de la lista en seguida? (Favor de responder a cada item.)

	Yes Si	No
Cars or Trucks/Carros o Camiones (trocas)		
Motorcycles/Motocicletas		
Boats or Other Vehicles/Barcos o Otros Vehiculos		
Equipment of any kind (such as tools or farm equipment)/Equipo o Herramienta		
Houses, Land or Lots (in Texas or anywhere else)/Casas, Solares, o Propiedad (En Texas o en algun otro lugar		
Livestock or Cattle/Ganado o Aves		
Life Insurance/Seguranza de Vida		
Burial Insurance or Burial Plots/Seguro deEntierro o Terreno de Supultura		
Real Estate (in Texas or anywhere else)/Bienes raices (En Texas o en algun otro lugar)		
Rental Property/Propiedad o Casas de Renta		
Checking or Savings Accounts/Cuentas de cheques o Ahorros		
Credit Union Accounts/Cuentas en Banco Cooperativo		
Individual Retirement Accounts (IRA)/Cuentas de Retiro Individuo IIRA)		
401(K) or Keogh Plans/Fondos de Retiro (401K o Keogh)		
Certificates of Deposit (CDs)/Certificados de Deposito (CDs)		
Trust Funds/Fondosde Deposito		
Pension Funds/Fondos de Pension		
Stocks, Bonds, or Mutual Funds/Acciones, Bonos o Mutual Funds		
Savings Bonds/Bonos de Ahorro		
Oil or Mineral Rights/Derechos de Petroleo o Minerales		
Do you or any person in the home have any cash, checks or money that is NOT in a bank or credit union? ¿Usted o alguna persona en su casa tiene dinero en efectivo, cheques o dinero que no esta depositado en banco o banco cooperative? If Yes, how much? (Si es si, ¿que tanto?) \$ _____		
Have you or any person in the home received any settlements, refunds, or lump sum payments within the last 3 months? ¿Usted o alguna persona en su casa ha recibido un arregio de pago de seguro o pagos de suma total en este mes o Durante los ultimos tres meses? If Yes, how much? (Si es si, ¿que tanto?) \$ _____		
Do you or any person in the home own, have, or are buying anything NOT listed above? ¿Usted o siguna persona en su casa tienen o handan comprando cualquier cosa que no fue mencionada en la lista? If Yes, Please list each item and the value. (Si es si, favor de alistar cada item y el valor): _____ _____		

SIGNATURE / firma: _____ DATE / fecha _____

County Indigent Health Care Program
Bandera County P.O. Box 563 Bandera, TX 78003
830-796-7166 fax: 830-796-8139

AUTHORIZATION TO RELEASE & OBTAIN INFORMATION

I, _____ and _____,
Applicant Spouse

living at _____
Street Address City State Zip

do hereby authorize persons, organizations, or establishments having information or records concerning me/us (or) circumstances to furnish such information to a representative of the Bandera County Indigent Health Services which administers the County Indigent Health Care Program (CIHCP).

I hereby grant permission for the Bandera County Indigent Health Services to obtain and /or to release information that may have a bearing on my/our eligibility for the CIHCP or for other human service agencies and organizations to which I/we may be referred. This may include but not be limited to: information about my/our medical status, resource status, and income status, and household composition. It may also include, but not be limited to my/our status of pending, active or closed applications/cases for other forms of assistance such as: Social Security Disability, SSI (Supplemental Security Income), Medicaid, TANF (Temporary Aid to Needy Families), Food Stamps, DARS (Department of Assistive & Rehabilitative Services), TCB (Texas Commission for the Blind), Community Food Banks/Pantries, Salvation Army, St. Vincent de Paul, Section 8/HUD, Housing Authority, Home & Hope Shelter, Martha's Kitchen, the Bandera County Health District, family violence services, and other federal, state or local assistance agencies/programs/services.

I understand that information will be requested as needed and as appropriate to my circumstances in order to determine eligibility for the CIHCP or other appropriate health and humans services to which I may be referred.

I understand that this release is valid for a period of (2) years from the date of signature unless I revoke it in writing prior to that date.

Table with 4 columns and 2 rows for signatures and dates. Row 1: Applicant or Designated Representative Signature, Date, Signature of Spouse, Date. Row 2: CIHCP Caseworker Signature, Date, Printed Name-CIHCP Caseworker, Date.

County Indigent Health Care Program
Bandera County P.O. Box 563 Bandera, TX 78003
830-796-7166 fax: 830-796-8139

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DISPONER INFORMACIÓN

Yo, _____ y _____,
 Solicitante Esposo/Esposa

que resido/residimos en _____
 Dirección Ciudad Estado Código Postal

Autorizo/autorizamos a personas, organizaciones, o establecimientos teniendo información o archivos perteneciente a mi/nosotros o a mis/nuestras circunstancias que proporcionen dicha información a representantes de la oficina de Servicios Medica Para Indigentes del Condado Bandera quienes administran el programa de Cuidado de Salud Para Personas Indigentes (CIHCP).

Doy/damos mi/nuestro consentimiento a Servicios Medica Para Indigentes del Condado Bandera ara obtener o dar información que pueda influenciar mi/nuestra elegibilidad para el CIHCP o programas de otras agencias de servicios a las que sea/seamos referido/referidos. Esta información puede incluir, pero no ser limitada a, información de mi/nuestro estado médico, estado de recursos, estado de ingresos, y composición del hogar. También puede incluir, pero no limitada a, el estado de mis/nuestras aplicaciones o casos que esten pendientes, activas o cerradas para otras formas de asistencia como: Inhabilidad bajo el Seguro Social, SSI (Ingreso de Seguridad Suplemental), Medicaid, TANF (Ayuda Temporal para Familias Necesitadas) Estampillas de Alimento, DARS (Departamento de Servicios Rehabilitativos y de Asistencia), TCB(Comision Estatal para la Ceguera), bancos comunitarios de alimento, Salvation Army, St. Vincent de Paul, programa de Sección 8/Departamento Federal de Vivienda y Desarrollo Urbano, Autoridades de Vivienda, Home and Hope Shelter, Martha's Kitchen, el Distrito de Salud del Condado Bandera, servicios contra la violencia en familias, y otras agencia federales, estatales o locales de asistencia/programas/servicios.

Entiendo/Entendemos que la información que se solicita es necesaria o apropiada a mis/nuestras circunstancias para determinar mi/nuestra elegibilidad par el CIHCP y otros servicios humanos o de salud a los que pueda/podemos ser referidos.

Entiendo/Entendemos que esta autorización es valida por un período de dos (2) años de la fecha de firma a menos que yo/nosotros revoque/revoquemos esta autorización, en escritura, antes de esa fecha.

Firma Candidato conj Designado de Representante <i>Applicant or Designated Representative Signature</i>	Fecha <i>Date</i>	Firma Esposo/Esposa <i>Signature of Spouse</i>	Fecha <i>Date</i>
Firma Representante del Caso CIHCP <i>CIHCP Caseworker Signature</i>	Fecha <i>Date</i>	Imprimir Nombre Representante del Caso CIHCP <i>Printed Name-CIHCP Caseworker</i>	Fecha <i>Date</i>