TEXAS
Health and Human
Services Commission

Beneficios de atención médica para niños: Se requieren más datos del padre que tiene la custodia

Instrucciones

- El padre o la madre que no tiene la custodia de su hijo solicitó beneficios de salud para ese niño.
- Este formulario lo tiene que llenar un padre o una madre que: (1) tiene la custodia del niño, y (2) es uno de los padres biológicos, padre adoptivo, padrastro o madrastra.
- Después de llenar y firmar este formulario, el padre o la madre que tiene la custodia puede enviarlo por correo o fax a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (vea el Paso 4).

PASO 1 Díganos sobre usted

Necesitamos que un adulto de la familia sea la persona contacto para este formulario.

1. Nombre, segundo nombre, apellido, Jr., PhD, etc.			
2. Dirección de la casa (deje en blanco si no tiene).			3. Número de apartamento o lote
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal	7. Condado
8. ¿Vive en Texas? ☐ Sí ☐ No	9. ¿Piensa quedarse en Texas? ☐ Sí ☐ No		
10. Dirección postal (si es diferente de la dirección de la casa)			11. Número de apartamento o lote
12. Ciudad	13. Estado	14. Código postal	15. Condado
16. Número de teléfono ( ) –	17. Otro número de teléfono ( ) –		
18. Idioma que prefiere hablar o escribir (si no es inglés)			

TEXAS
Health and Human
Services Commission

PASO 2 Díganos sobre su familia

Complete el Paso 2 para: (1) usted mismo; (2) su esposo(a), si viven juntos, y (3) niños de 18 años o menores que viven con usted.

Si hay más de 2 personas en su familia, necesitará: (1) hacer una copia de las páginas 4 y 5, (2) llenar estas páginas para cada persona y (3) añadir las páginas a este formulario. Si un miembro de la familia no solicita beneficios de atención médica, no tiene que darnos su: (a) estado migratorio o (b) número de Seguro Social (SSN). Todos los datos que nos dé se mantendrán privados y protegidos como lo exige la ley. Usaremos los datos personales solo para comprobar si su niño o sus niños pueden recibir beneficios de atención médica.

PASO 2: PERSONA 1 Empiece con usted mismo

1. Nombre, segundo nombre, apellido, Jr., PhD, etc.

2. Relación con usted
YO MISMO

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

4. Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

5. Número de Seguro Social (SSN)
___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___

6. ¿Es usted ciudadano o nacional de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

7. Si no es ciudadano o nacional de EE. UU., ¿tiene un estado migratorio legal? ☐ Sí ☐ No
Si contesta "Sí", siga con estas preguntas: a. Tipo de documento de inmigración _____
b. Número de identificación del documento _____
c. ¿Ha vivido en EE. UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No

8. ¿Es usted, su esposo(a) o uno de sus padres miembro activo de las fuerzas armadas de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

9. ¿Es usted, su esposo(a) o uno de sus padres veterano de las fuerzas armadas de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

10. Si es hispano o latino, ¿cuál es su grupo étnico? (opcional: marque todas las opciones que aplican)
☐ Mexicano ☐ México americano ☐ Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otro _____

11. Grupo racial (opcional: marque todas las opciones que apliquen)

☐ Blanco	☐ Filipino	☐ Nativo de Hawai
☐ Negro o afroamericano	☐ Japonés	☐ Guamés o chamorro
☐ Indio americano o nativo de Alaska	☐ Coreano	☐ Samoano
☐ Indio asiático	☐ Vietnamita	☐ Isleño de otra isla del Pacífico
☐ Chino	☐ Otro asiático	☐ Otro _____

Trabajo actual y dinero que recibe

☐ **Trabaja**
Si actualmente tiene trabajo, díganos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 12.

☐ **Trabaja por su cuenta**
Siga con la pregunta 20.

☐ **No trabaja**
Siga con la pregunta 21.

PASO 2: PERSONA 1 Continuación

Trabajo actual 1:

12. Nombre y dirección del empleador	13. Número de teléfono del empleador ( ) –
14. Sueldo y propinas (antes de quitar los impuestos) ☐ Por hora ☐ Cada semana ☐ Cada dos semanas ☐ Cada quincena ☐ Cada mes ☐ Por año	$ _____
15. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA	

Trabajo actual 2: Si tiene más trabajos y necesita más espacio, añada otra hoja.

16. Nombre y dirección del empleador	17. Número de teléfono del empleador ( ) –
18. Sueldo y propinas (antes de quitar los impuestos) ☐ Por hora ☐ Cada semana ☐ Cada dos semanas ☐ Cada quincena ☐ Cada mes ☐ Por año	$ _____
19. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA	

20. Si trabaja por su cuenta, conteste las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo: _____

b. ¿Qué cantidad de ingresos netos (ganancias una vez que se pagan los gastos del negocio) recibirá del trabajo por su cuenta **este mes**?

$ _____

21. **Otro dinero que esta persona recibirá este mes:** Marque todas las que apliquen y dé la cantidad y cada cuánto lo recibe. No necesita decirnos sobre pagos de manutención de niños, de veteranos o de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

	Cantidad	Cada cuánto		Cantidad	Cada cuánto
☐ Ninguno			☐ Pensión alimenticia que recibe	$_____	_____
☐ Desempleo	$_____	_____	☐ Agricultura o pesca	$_____	_____
☐ Pensiones	$_____	_____	☐ Alquiler o regalías	$_____	_____
☐ Seguro Social	$_____	_____	☐ Otros ingresos	$_____	_____
☐ Cuentas de jubilación	$_____	_____	Tipo: _____		

22. **Deducciones de los impuestos:** Marque todas las opciones que apliquen y escriba la cantidad y cada cuánto las paga. No incluya costos que ya incluyó en la pregunta sobre ingresos netos del trabajo por su cuenta (pregunta 20b).

	Cantidad	Cada cuánto
☐ Pensión alimenticia que paga	$_____	_____
☐ Interés de préstamos estudiantiles	$_____	_____
☐ Otras deducciones, tales como gastos de educador, cuentas de ahorro para la salud, gastos de mudanza, matrícula y tarifas	$_____	_____
	Tipo: _____	

¡Gracias! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted.

PASO 2: PERSONA 2

Para saber qué personas debe incluir, vea la primera parte del Paso 2, bajo "Díganos sobre su familia".

1. Nombre, segundo nombre, apellido, Jr., PhD, etc.

2. ¿Qué relación tiene la PERSONA 2 con usted?

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

4. Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

5. Número de Seguro Social (SSN): ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___

6. ¿Es la PERSONA 2 ciudadana o nacional de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

7. Si la PERSONA 2 no es ciudadana o nacional de EE. UU., ¿tiene un estado migratorio legal? ☐ Sí ☐ No

   Si contesta "Sí", siga con estas preguntas: a. Tipo de documento de inmigración _____

   b. Número de identificación del documento _____

   c. ¿Ha vivido la PERSONA 2 en EE. UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No

8. ¿Es la PERSONA 2, su esposo(a) o uno de sus padres miembro activo de las fuerzas armadas de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

9. ¿Es la PERSONA 2, su esposo(a) o uno de sus padres veterano de las fuerzas armadas de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

10. Si la PERSONA 2 es hispana o latina, ¿cuál es su grupo étnico?(opcional: marque todas las opciones que apliquen)

    ☐ Mexicano ☐ México americano ☐ Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otro _____

11. Grupo racial (opcional: marque todas las opciones que apliquen.)

    ☐ Blanco
    ☐ Negro o afroamericano
    ☐ Indio americano o nativo de Alaska
    ☐ Indio asiático
    ☐ Chino
    ☐ Filipino
    ☐ Japonés
    ☐ Coreano
    ☐ Vietnamita
    ☐ Otro asiático
    ☐ Nativo de Hawai
    ☐ Guamés o chamorro
    ☐ Samoano
    ☐ Isleño de otra isla del Pacífico
    ☐ Otro _____

Trabajo actual y dinero que recibe la PERSONA 2

☐ **Trabaja**
Si la PERSONA 2 actualmente tiene trabajo, díganos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 12.

☐ **Trabaja por su cuenta**
Siga con la pregunta 20.

☐ **No trabaja**
Siga con la pregunta 21.

Trabajo actual 1:

12. Nombre y dirección del empleador

13. Número de teléfono del empleador
    ( ) –

14. Sueldo y propinas (antes de quitar los impuestos) ☐ Por hora ☐ Cada semana ☐ Cada dos semanas ☐ Cada quincena ☐ Cada mes ☐ Por año

    $ _____

15. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

PASO 2: PERSONA 2 Continuación

Trabajo actual 2: Si la PERSONA 2 tiene más trabajos y necesita más espacio, añada otra hoja.

16. Nombre y dirección del empleador	17. Número de teléfono del empleador ( ) –

18. Sueldo y propinas (antes de quitar los impuestos) ☐ Por hora ☐ Cada semana ☐ Cada dos semanas ☐ Cada quincena ☐ Cada mes ☐ Por año $ _____

19. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

20. Si trabaja por su cuenta, conteste las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo: _____

b. ¿Qué cantidad de ingresos netos (ganancias una vez que se pagan los gastos del negocio) recibirá la PERSONA 2 del trabajo por su cuenta **este mes**? $ _____

21. **Otro dinero que la PERSONA 2 recibirá este mes:** Marque todas las que apliquen y dé la cantidad y cada cuánto lo reciben. No necesita decirnos sobre pagos de manutención de niños, de veteranos o de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

	Cantidad	Cada cuánto		Cantidad	Cada cuánto
☐ Ninguno			☐ Pensión alimenticia que recibe	$_____	_____
☐ Desempleo	$_____	_____	☐ Agricultura / pesca	$_____	_____
☐ Pensiones	$_____	_____	☐ Alquiler o regalías	$_____	_____
☐ Seguro Social	$_____	_____	☐ Otros ingresos	$_____	_____
☐ Cuentas de jubilación	$_____	_____	Tipo: _____		

22. **Deducciones de los impuestos:** Marque todas las opciones que apliquen y escriba la cantidad y cada cuánto la PERSONA 2 las paga. No incluya costos que ya incluyó en la pregunta sobre ingresos netos del trabajo por su cuenta (pregunta 20b)

	Cantidad	Cada cuánto
☐ Pensión alimenticia que paga	$_____	_____
☐ Interés de préstamos estudiantiles	$_____	_____
☐ Otras deducciones, tales como gastos de educador, cuentas de ahorro para la salud, gastos de mudanza, matrícula y tarifas:	$_____	_____

Tipo: _____

¡Gracias! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 2.

Si tiene más de dos personas para incluir, haga una copia de las páginas 4 y 5, llénelas y añádalas a este formulario.

TEXAS
Health and Human
Services Commission

PASO 3 Lea y firme este formulario.

Nosotros, la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, usamos los datos en este formulario para decidir si su niño puede recibir beneficios de atención médica. Comprobaremos sus respuestas usando bases de datos electrónicas de uno o más de los siguientes: (1) el Servicio de Impuestos Internos (IRS), (2) la Administración del Seguro Social, (3) la Oficina de la Seguridad del Territorio Nacional y (4) un agencia de informes de consumidores. Si los datos que nos da no coinciden con las bases de datos, podríamos pedir que nos envíe pruebas de sus respuestas.

Estoy de acuerdo en permitir que la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas compruebe mis respuestas usando las bases de datos electrónicas mencionadas antes:

Firme aquí: _____ Fecha: _____

PASO 4 Envíe este formulario lleno y con su firma:

Por fax: 1-877-447-2839
Si el formulario está impreso por los dos lados, envíe por fax ambos lados.

Por correo: HHSC
P.O. Box 149027
Austin, Texas 78714-9027