



SOLICITUD PARA ASISTENCIA
(Adultos mayores de 18 años)

1. Información del solicitante

Nombre del solicitante:(Apellidos, Nombre, 2º Nombre)	Teléfono en casa:	()	
	Teléfono del trabajo:	()	
Dirección postal permanente: (Calle, P.O. Box, RFD)			
Ciudad:	Código postal:	Condado:	Estado:
Fecha de nacimiento: (mes / día / año)	¿Es residente de Texas? ____ Sí ____ No		
**Número de seguro social:	Sexo: ____ Masculino ____ Femenino		

** Se necesita el número de seguro social para coordinar las prestaciones médicas y de hospitalización entre el Programa de Asistencia para Personas con Hemofilia (Programa HAP) y otros pagadores terceros como un seguro, un plan individual de seguro médico, o un plan grupal de seguro médico.

2. Miembros de su unidad familiar

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco al paciente

3. Información acerca de los ingresos

A. **Se requiere** proporcionar la información siguiente sobre el **paciente y / o su esposo y / o cualquier otra persona o personas a quienes se les obliga la ley mantener al paciente:**

Nombre	Parentesco al	Nombre y Dirección del empleador	Ingresos brutos

B. Otras fuentes de ingresos a la disposición de la familia o paciente: (marque sí o no sobre cada punto)

Tipo de ingreso	No	Sí	Si contesta sí, ¿qué cantidad recibe
Dividendos			
Derechos de autor			
Pensiones / Pagos de retiro			
Número de seguro social			
Pagos de discapacidad del seguro			
Pagos de sobreviviente del seguro			
Beneficios del seguro social			
Remuneración de desempleo			
Propiedad alquilada			
Anuidades			
Ingresos de discapacidad			
Otro: Especifique			

4. Información sobre el seguro del paciente*

¿Tiene seguro el paciente? Sí No

Si contesta sí, ¿a través de quién? Empleador del paciente Empleador del esposo o padres Póliza privada

Nombre de compañía de seguros: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Número de póliza: _____ Número del grupo: _____

¿Cubre el seguro el reembolso de factores de sangre? Sí No

Si contesta sí, ¿qué porcentaje paga el seguro? _____

Fecha de vigencia: _____ Fecha de terminación: _____

*Los beneficiarios que pueden recibir productos permitidos bajo un plan de seguro médico privado o grupal no pueden recibir beneficios del Programa HAP. Un beneficiario que ha usado toda esa cobertura quizá pueda recibir beneficios del Programa HAP (Sección 37.116 del Reglamento del Programa HAP, Limitaciones y Beneficios Brindados).

5. Medicaid y Medicare*

A. ¿Tiene Medicaid el paciente? Sí No Si contestó sí, núm. de Medicaid: _____

Marque otros beneficios que recibe: TANF Estampillas para comida Otro

B. ¿Tiene Medicare el paciente? Sí No Si contestó sí, núm. de Medicare: _____

*Los solicitantes que reúnen los requisitos para Medicaid y / o Medicare no pueden recibir beneficios del Programa HAP.

6. Declaración del solicitante

Entiendo que esta solicitud es un documento legal y que por firmarlo declaro que según mi conocimiento personal los datos en esta solicitud son verídicos y correctos. Entiendo que no se aceptará la solicitud si no está completa.

Autorizo la divulgación de información médica al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas como sea necesario para determinar y mantener la elegibilidad del paciente.

Firma del solicitante / tutor legal: _____ Fecha: _____

7. Adjunte los documentos de verificación aquí

Verificación de residencia: adjunte una copia de uno de lo siguiente:

- licencia de conducir vigente de Texas o una tarjeta de identificación emitida por el Departamento de Seguridad Pública;
- tarjeta de registro electoral de Texas vigente o una copia de una solicitud para una tarjeta de registro electoral de Texas validada (en la oficina del secretario del condado);
- Matrícula de vehículo vigente en Texas o formulario de renovación de las placas de matrícula de vehículo;
- un recibo del pago de hipoteca de cualquier de los meses inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud;
- un recibo del pago de renta de cualquier de los meses inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud;
- declaración que indica que la solicitante actualmente recibe alojamiento gratis. La declaración deberá estar firmada por el individuo que brinda el alojamiento gratuito y tiene que incluir la dirección y número de teléfono del mismo individuo;
- un recibo del pago de una empresa de servicio público (luz, agua, etcétera) de cualquier de los meses inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud;
- un recibo de impuestos de propiedad para el año de impuestos más reciente;
- un cheque de pago o cheque de jubilación con fecha entre los tres meses inmediatamente antes de la fecha de la solicitud;
- archivos de empleo o desempleo preparados entre los tres meses inmediatamente antes de la fecha de la solicitud;
- una declaración de una institución financiera emitida entre los tres meses anteriores de la fecha de la solicitud; o
- archivos de ingreso suplementario del seguro social o ingreso del seguro de discapacidad, o archivos de prestaciones de jubilación del seguro social emitido entre los tres meses inmediatamente anteriores de la fecha de la solicitud

Verificación de ingresos: adjunte una copia de una de lo siguiente:

- verificación por escrito de su empleador de ingresos brutos mensuales
- recibo de sueldo o declaración de sueldo mensual más reciente
- Formularios de Declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos para el año de impuestos más reciente
- cartas de jubilación o de adjudicación
- cualquier otro documento que el Programa HAP considere válido

NOTIFICACIÓN SOBRE LA PRIVACIDAD: Con pocas excepciones, usted tiene el derecho a pedir y ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. Usted tiene el derecho a recibir y examinar la información al pedirla. Usted también tiene el derecho a pedirle a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determina ser incorrecta. Vea <http://www.dshs.state.tx.us/policy/privacy.shtm> para mayor información referente a la notificación sobre la privacidad. (Referencia: Código gubernamental, Secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004.)

8. Información médica

Toda persona que solicita el Programa de Asistencia a Personas con Hemofilia tiene que rellenar esta sección la primera vez que lo solicite y cada vez que cambie del médico

Después de rellenarlo, un médico con licencia en Texas tiene que firmarlo **O** se puede substituirlo por una carta o reporte médico que contenga la información, hecho por un médico con licencia en Texas.

Nombre del solicitante:		Edad:	
Nombre de médico:			
Dirección del médico:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Diagnosis:			
_____ Hemofilia	Normalmente recibe tratamiento en: _____ Clínica _____ Sala de Emergencias _____ Hospital _____ Casa	Cantidad de botellitas / unidades y tipo de productos de sangre utilizadas durante los últimos 12 meses:	
_____ Hemofilia B			
_____ Con inhibidor		Botellitas / unidades	#
_____ Sin inhibidor		Tipo de producto	
_____ Otro			
¿Dónde procura los productos de sangre?			
Cantidad promedio de episodios de sangrado durante los últimos 12 meses:			
Fecha del último episodio:			
Articulaciones involucradas:			
Declaración breve de necesidades de tratamiento anticipadas para el próximo año:			

Firma del médico: _____

Fecha: _____