



WEBB COUNTY INDIGENT HEALTHCARE SERVICES

1620 Santa Ursula Ave.

(956) 523-4747; FAX: (956) 523-4748

Correo Electrónico: indigenthealth@webbcountytexas.gov

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA PROCESAR LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA

Para procesar su aplicación, debe traer los siguientes documentos necesarios, si le corresponde, para determinar su elegibilidad del programa.

1) Tarjeta de Identificación válida para Solicitante

- Identificación de TX
- Pasaporte Americano
- Licencia de Conducir de TX
- Pasaporte Mexicano
- Tarjeta de Residencia
- Matricula Consular

*Si el solicitante no tiene identificación, indique la razón:

2) Documentación de Ciudadanía

- Acta de Nacimiento
- Tarjeta de Seguro Social (si corresponde)

*Si el solicitante no tiene ninguno, indique la razón:

3) Comprobante de Residencia: Recibos de Hogar y

Servicios Públicos – 3 meses (Si el solicitante vive en un hogar con otra persona, proporcione comprobante de residencia a nombre del dueño del hogar.)

- Recibo o contrato actual de renta
- Hipoteca de la casa
- Título de propiedad o Declaración de Impuestos
- Facturas de dos servicios públicos:
 - o Luz, Agua o Gas

4) Beneficios Estatales: (Debe proporcionar carta de aprobación/negación o notificación de cita si corresponde)

- Medicare
- Medicaid
- Beneficios de Comida: SNAP
- Ayuda de dinero del programa TANF

5) Otros Beneficios o Seguro:

- Seguro médico, Póliza de vida o sepelio
- Estudiantes: Prueba de becas académicas, préstamos y registro escolar

6) Comprobantes de Ingresos de todo el Hogar:

- Últimos cuatro (4) talones de cheque
- Trabajadores por cuenta propia (registros comerciales y formularios de impuestos)
- Declaración de impuestos federales (incluyendo todas las formas)
- Manutención de Niños
- Beneficios de Seguro Social
- Asistencia de Veteranos
- Beneficios de Jubilación
- Compensación al Trabajador
- Beneficios de Desempleo
- Prestamos y/o regalos o contribuciones monetarias

*Si no tiene ingresos, indique como se pagan los gastos del hogar:

7) Desempleo:

- Si puede trabajar, proporcione comprobante de registracion con la Comision de la Fuerza Laboral del Estado de Texas.

8) Recursos:

- Estado de cuenta(s) bancarias (cuenta de cheques, ahorros u otra cuenta bancaria)
- Títulos de vehículos bajo el nombre del cliente
- Propiedades (título de impuestos)
- Decreto del Divorcio (si es divorciado/a)

9) Información de contacto:

Proporcione un número de teléfono para contactar al solicitante para una entrevista.

EN LA ENTREVISTA, SU TRABAJADORA PUEDE SOLICITAR OTROS DOCUMENTOS O EXPEDIENTES PARA DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD.



WEBB COUNTY INDIGENT HEALTH CARE SERVICES DEPARTMENT

1620 SANTA URSULA AVE.

LAREDO, TX 78040

(956) 523-4747 • FAX (956) 523-4748

Forma de Autorización

Yo, _____, doy la autorización a la persona indicada
(Nombre de Applicable)
para que me represente en el momento que no esté en condiciones físicas de asistir a todas las citas. También autorizo a esta persona para responder a cualquier pregunta con respecto a mi bienestar, así como para recibir cualquier información con respecto a mi caso del programa de los Indigentes del Condado de Webb.

Persona Autorizada:	
Relación con el Applicable:	
Número de Teléfono:	
Domicilio:	
Fecha de Nacimiento:	

*** Copia de identificación requerida***

Firma de Applicable: _____

Fecha: _____

WEBB COUNTY INDIGENT HEALTHCARE SERVICES PROGRAM

Para ayudar mejor a cada solicitante, este cuestionario debe ser llenado por completo.

Nombre de Solicitante:	Case #
------------------------	--------

Una trabajadora le llamará para hacerle una entrevista telefónica que determinará la elegibilidad del programa. La duración de la entrevista puede variar entre 5 y 30 minutos.

¿En qué idioma prefiere que se realice la entrevista? Ingles Español

Necesidad Médica:

1) ¿Qué tipo de asistencia médica necesita? (marque todo lo que le corresponda)

- Facturas del hospital: LMC Doctors Hospital Otro: _____
- Médico Especialista: _____
- Médico de cabecera: _____
- Exámenes: _____
- Medicinas: _____
- Otro: _____

2) ¿Está registrado(a) en alguna clínica de atención médica?:

- Gateway Border Region Mercy Ministries Ciudad de Laredo Otro: _____

3) ¿Está tomando medicamento(s)? Si No

4) ¿Tiene alguno de los siguientes beneficios/seguros de salud?:

Seguro de Salud: No Si: _____

Medicaid: No Si

Medicare: No Si

5) ¿Si corresponde, su pareja o cualquier dependiente legal de menor de edad tiene alguno de los siguientes beneficios/seguro de salud?:

Seguro de Salud: No Si: _____

Medicaid: No Si

Medicare: No Si

ESTADO DE CIUDADANÍA: (Seleccione su estado actual)

Ciudadano Estadounidense – Por Nacimiento

Ciudadano Estadounidense – Por Naturalización en la Fecha: _____

Fecha que entro a los E.E.U.U.: _____ País de Origen: _____

Residente Extranjero: Fecha de inmigración: _____ Patrocinado por: _____

Fecha que entro a los E.E.U.U.: _____ País de Origen: _____

Residente legal de los Estados Unidos a través de un programa federal de inmigración:

DACA (La Acción Diferida para los Llegados en la Infancia)

VOWA (Ley de Violencia Contra las Mujeres)

Otro programa: _____

*Fecha que entro a los E.E.U.U.: _____ País de Origen: _____

Indocumentado: Fecha que entro a los E.E.U.U.: _____ País de Origen: _____

¿Está en el proceso de Inmigración? No Si, Patrocinado por: _____

Estado Civil Actual:

(Debe avisarle a su trabajadora si se le aplica más de un estado civil)

- Soltero(a)** (nunca fue casado(a))
- Casado(a) Legalmente** desde: _____ Nombre de su Esposo(a): _____
¿Usted, o su pareja, hizo una declaración de impuestos(taxas) este año? Sí No. El último año fue: _____
- Unión de Ley Común** desde: _____ Nombre de su Esposo(a): _____
¿Es libre de casarse? Sí No, aún legalmente estoy casado(a) con otra persona.
¿Actualmente vive con su cónyuge? Sí No
¿Usted, o su pareja, hizo una declaración de impuestos(taxas) este año? Sí No. El último año fue: _____
- Separado** desde: _____ Nombre de su Esposo(a): _____
Dirección actual de su esposo(a): _____
¿Usted, o su pareja, hizo una declaración de impuestos(taxas) este año? Sí No. El último año fue: _____
- Divorciado** desde: _____ Nombre de su ex Esposo(a): _____
Dirección actual de su ex esposo(a): _____
- Viudo(a)** desde: _____ Nombre de su Esposo(a): _____

Historial de Empleo:

1) Está usted o su pareja empleado? (marque los que le aplica a usted)

- Nunca he trabajado
- No. La última vez que trabaje fue _____ en _____
- Sí, Yo trabajo en: _____
- Sí, Mi Esposo(a) trabaja en: _____
- Si, Yo trabajo por mi propia cuenta/Soy dueño de un negocio: _____
¿Su negocio está registrada en el estado de Texas? Sí No
- Si, Mi Esposo(a) trabaja por su propia cuenta/Es dueño(a) de un negocio: _____
¿Su negocio está registrada en el estado de Texas? Sí No

2) ¿Actualmente esta solicitando o recibe alguno de los siguientes beneficios?

- (marque todo lo que corresponda): Desempleo Compensación de Trabajadores
 Compensación para Víctimas de un Crimen Jubilación

Beneficios de Seguro Social:

1) Usted recibe beneficios de Seguro Social/Seguridad de Ingreso Suplementario?:

- No Si

2) Está usted en el proceso de aplicar para beneficios de Seguro Social/Seguridad de Ingreso Suplementario? No Sí; Fecha que entrego su aplicación: _____

3) En qué nivel está su aplicación:

- Nueva Aplicación Apelación Reconsideración Solicitud de audiencia

Recursos:

- 1) **Tiene cuentas bancarias?** No Si, Nombre del banco: _____
Qué tipo de cuenta bancaria: Cuenta de Cheques Ahorros Otra: _____
- 2) **¿Es dueño(a) de alguna propiedad que no sea el lugar donde vive actualmente?**
 No Si, dirección: _____

Residencia:

¿Cuáles son sus arreglos de vivienda actuales? (Marque todo lo que corresponda)

- Hogar Propio/Pago por mi hogar
 Rento una Casa/Apartamento
 Sin hogar permanente
 Vivo en una casa de otra persona. Nombre: _____
 Ayudo a pagar las facturas del hogar.
 No pago ninguna factura del hogar.

Asistencia Financiera:

1) ¿Puede cubrir los gastos mensuales de su hogar con el dinero que tiene o recibe? Si No

2) ¿Recibe usted asistencia financiera/apoyo de alguien o de un programa de asistencia para pagar su renta, facturas de servicios públicos, gas, artículos personales, etc.? No

- Si, por _____ Cantidad: \$ _____
 Si, por _____ Cantidad: \$ _____
 Si, por _____ Cantidad: \$ _____

3) ¿Cómo recibe la asistencia financiera mencionada anteriormente, si corresponde?*

- En Efectivo
 Depósito bancario
 Un vale de un programa
 Renta o utilidades son pagados directamente a la compañía

** Las personas / programas que brindan asistencia financiera deberán presentar prueba de apoyo y firmar un formulario de apoyo financiero.*

¿Usted o alguien de su hogar recibió este mes, en los últimos 3 meses o espera recibir dinero de cualquiera de los siguientes (responda a cada artículo si o no):

	Marque Uno:	Cantidad Mensual:
Prestamos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$
Regalo en efectivo o contribución	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$
Seguro Social o Seguro de Ingresos Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$
Beneficios de Veteranos o Pensión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$
Cuidado de Niños o Limpieza de Casas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$
Manutención de los Hijos (Child Support)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$
Pensión Alimenticia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$
Dividendos de acciones/bonos/cuentas bancarias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$
Intereses o regalías	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$
Dinero o regalías de arrendamientos de petróleo, gas o minerales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$
Dinero del alquiler de casas, apartamentos, propiedades, etc.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$
Dinero de compañeros de cuarto o huéspedes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$
Pagos de seguros privados	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$
Mercado de pulgas, ventas de garaje, ventas de artesanías o manualidades	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$
Venta de platos de comida	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$
Recaudadores de fondos: Go Fund Me, Facebook, etc.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$
Ventas de casa: Avon, Mary Kay, Tupperware, etc.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$
Otros trabajos o ventas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$

Certifico que la información proporcionada en este cuestionario es verdadera y correcta.

Firma de Solicitante

Fecha

Si está completando este cuestionario para un solicitante, certifica que la información provista en este cuestionario es verdadera y correcta, y según su leal saber y entender.

Firma

Fecha

Relación con el Solicitante