



## WEBB COUNTY INDIGENT HEALTHCARE SERVICES

1620 Santa Ursula Ave.

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

Correo Electrónico: [indigenthealth@webbcountytexas.gov](mailto:indigenthealth@webbcountytexas.gov)

Página de Internet: <http://www.webbcountytexas.gov/IndigentHealthCare/>

**Horario de Entrevistas: Lunes - Jueves**

**8:00am – 11:00am & 1:00pm – 3:00pm**

### **DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA PROCESAR LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA**

Para procesar su aplicación debe traer los siguientes documentos que le corresponden para poder 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
- Matrícula 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.

<b>Persona Autorizada:</b>	
<b>Relación con el Applicable:</b>	
<b>Número de Teléfono:</b>	
<b>Domicilio:</b>	
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	

**\* Copia de identificación requerida\***

**Firma de Applicable:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_