

Fecha de Aplicación				
Lugar de Aplicación		Localidad		
Nombre del Aplicante		(Primero)	(Ultimo)	Genero
Fecha de Nacimiento		Numero de Seguro Social		
Numero de NorthSTAR		Nuevo / Actualización / Emergencia		(Encierro en un círculo el que corresponda)
Dirección		sin hogar / viviendo con amigos		
		(Encierro en un círculo el que corresponda)		
Ciudad		Estado		Código Postal
Teléfono de casa		Teléfono de Trabajo		Otro
Estado civil		Soltero / Divorciado / Viudo / Casado		(Encierro en un círculo el que corresponda)
		Si esta separado, cuanto tiempo tiene?		
Raza				
Blanco (No-Hispano) Negro (Afro americano) Asiático				
Indio				
Hispano-Cubano Otro Hispano Americano/Nativo de Alaska Nativo del Hawaii/Islands del Pacifico				
Hispano-Mexicano Hispano-Puerto Riqueño Otro				
Mas de una raza reportada Desconocida (Encierro en un círculo el que corresponda)				
Nombre del padre o guardián legal		(Primero)	(Ultimo)	
Dirección				
Ciudad		Estado		Código Postal
Aseguradora		Medicare/Medicaid/veterano/Privada		(Encierro en un círculo el que corresponda)
Empleador				
Nombre de la compañía aseguradora		Numero Telefónico		
Numero de Póliza				
Nombre de la persona en la Póliza (asegurado)				
Relación de la persona en la póliza con el aplicante				

Ingreso Mensual del Hogar		<small>(Incluir aplicante, esposa y/o guardián)</small>
Ingreso o salario del aplicante	<small>(Si el ingreso del aplicante es de cero, como se pagan los gastos?)</small>	\$
Ingreso o salario del esposo (a)		\$
Ingreso o salario del guardian	<small>(Solo para menores)</small>	\$
Otros ingresos	<small>(ssl/deshabilidad/soporte infantil/pensión)</small>	\$
Ingreso Mensual Total		\$
Saldo aproximado en cuenta de cheques		\$
Saldo aproximado en cuenta de ahorros		\$
Saldo aproximado en cuenta de confianza	\$	Pago mensual al miembro
Efectivo aproximada a la mano		\$
Efectivo total		\$
Gastos extras	<small>(documentación adjunta)</small>	
	Gastos médicos mayores o relacionados con la salud	\$
	Perdidas mayores el ano pasado	\$
	Apoyo infantil (child support)	\$
	Cuidado infantil	\$
	Gastos totales	\$
Numero de miembros familiares residiendo en su vivienda		
<small>(aplicante, esposa(o), dependientes y/o guardián)</small>		
<small>Explicación Adicional / Detalles (para uso del staff únicamente)</small>		

Derechos, Responsabilidades y Acuerdos

Tengo derecho de:

- Apelar una negación de inscripción a NorthSTAR con Value Options al 888-800-6799.
- Mandar una apelación secundaria a la administración estatal de NorthSTAR al 512-206-5470.

Tengo la responsabilidad de:

- No retener información de forma intencional, o dar hechos falsos en esta aplicación, o mis beneficios de NorthSTAR podrían ser negados.
- Asegurarme que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y correcta de acuerdo a mi conocimiento.
- Enviar una aplicación de elegibilidad financiera actualizada a mi proveedor anualmente.
- Rápidamente informar a Value Options dentro de los primeros 30 días de esta aplicación.

Entiendo que:

- ValueOptions puede usar reporte crediticio para verificar la información proveída en esta aplicación, y que podría no calificar para beneficios bajo NorthSTAR.
- ValueOptions debe reportar cualquier información que sea considerada de naturaleza fraudulenta a la Línea de Fraude HHS del Estado de Texas..
- La información contenida en esta aplicación es usada para determinar la elegibilidad para el programa de NorthSTAR.
- Tengo el derecho de apelar una aplicación negada como se describe arriba.

Firma del aplicante (o guardián si el aplicante es menor de 16 años) Fecha

You have the right to ask us about this form. You also have the right to review the information you give us on the form. (There are some exceptions.) If the information is wrong, you can ask us to correct it. The Health and Human Service Commission has a method for corrections. You can find it in Title 1 of the Texas Administrative Code, sections 351.17 through 351.23. To talk to someone on the form or ask for corrections, please contact ValueOptions at 1199 South Beltline Road, Suite 100, Coppell, TX 75019 or by calling 888-800-6799.

Tiene el derecho de preguntarnos sobre esta forma. También tiene el derecho de revisar la información que nos da en la forma (hay algunas excepciones). Si la información no está correcta, puede pedir que la corrijamos. La Comisión de Salud y Servicios Humanos tiene un método para pedir correcciones. Se encuentra en el Título 1 del Código Administrativo de Texas, secciones 351.17 a 351.23. Para hablar con alguien sobre esta forma, o para pedir que se corrija, favor de comunicarse con ValueOptions. Puede escribirnos en 1199 South Beltline Road, Suite 100, Coppell, Texas 75019. También puede llamar al 1-888-800-6799.

