



<b>Fecha De Aplicacion</b>			
<b>Lugar de Aplicacion</b>		<b>Localidad</b>	
<b>Nombre de Apicante</b>	(Primero)	( Ultimo)	<b>Genero</b>
<b>Fecha de Nacimiento</b>		<b>Numero de Seguro Social</b>	
<b>Numero de NorthSTAR</b>	<b>Nuevo/Actualizacion/Emergencia</b>		(Encierro en un círculo el que corresponda)
<b>Dirreccion</b>	<b>Sin Hogar/ Viviendo con amigos</b>		(Encierro en un círculo el que corresponda)
<b>Cuidad</b>	<b>Estado</b>	<b>Codlgo Postal</b>	
<b>Telefono de casa</b>	<b>Telefono de Trabajo</b>	<b>Otro</b>	
<b>Estado Civil</b>	<b>Soltero/Divorciado/Viudo/Casado</b>		<b>Si esta separado,cuanto tiempo tiene?</b>
	(Encierro en un círculo el que corresponda)		
<b>Raza</b>	<b>Blanco (No-Hispano)</b>	<b>Negro/Afro Americano</b>	<b>Asiatico/ Indio</b>
(Encierro en un círculo el que corresponda)	<b>Hispano-Cubano</b>	<b>Other Hispano</b>	<b>Americo/Nativo de Alaska</b>
	<b>Hispano/Mexicano</b>	<b>Hispano/Puerto Rican</b>	<b>Otra</b>
	<b>Mas de una raza reportada</b>	<b>Desconocida</b>	<b>Nativo del Hawaii/Isias de Pacifico</b>
<b>Nombre del padre o Guardiño legal</b>	(Primero)	(Ultimo)	
<b>Dirreccion</b>			
<b>Cludad</b>	<b>Estado</b>	<b>Codlgo Postal</b>	
<b>Aseguradora</b>	<b>Medicare/ Medicaid/ Veterano/ Privada</b>		(Encierro en un círculo el que Corresponda)
<b>Empleador</b>			
<b>Nombre de la compañía aseguradora</b>	<b>Numero Telefonico</b>		
<b>Numero de Poliza</b>			
<b>Nombre de la persona en la Poliza(asegurado)</b>			
<b>Relacion de la persona en la poliza con el apicante</b>			

<b>Ingreso Mensuales del Hogar</b>		(Incluir aplicante, esposa y/o guardian)	
<b>Ingreso o salario del aplicante</b>	(Si el ingreso de aplicante es de cero, como se pagan los gastos)	\$	
<b>Ingreso o salario del esposo (a)</b>		\$	
<b>Ingreso o salario del guardian</b>	(Solo para menores)	\$	
<b>Otros Ingresos</b>	(ssi/deshabilidad/soporte infantil/pension)	\$	
<b>Ingresos Mensual Total</b>		\$	
<b>Saldo aproximado en cuenta de cheques</b>		\$	
<b>Saldo Aproximado en cuenta de ahorros</b>		\$	
<b>Saldo aproximado en cuenta de confianza</b>		\$	Pago mensual al miembro
<b>Efectivo aproximada a la mano</b>		\$	
<b>Cash Total</b>		\$	
<b>Gastos extra</b>	(documentacion adjunta)		
	<b>Gastos medicos mayores or relacionados con las salud</b>	\$	
	<b>Perdidas mayores el ano pasado</b>	\$	
	<b>Apoyo infantil (child support)</b>	\$	
	<b>Cuidado Infantil</b>	\$	
	<b>Gastos totales</b>	\$	
<b>Numero de miembros familiares residiendo en su vivienda (aplicante, esposo (a), dependiente y/o guardian)</b>			
<b>Explicacion Adicional/Detalles(para uso del staff unicamente)</b>			

**Derechos, Responsabilidades y Acuerdos**

**Tengo derecho de :**

- Apelar una negacion de inscripcion a NorthSTAR con Value Options al 888-800-6799
- Mandar una apelacion secundaria a la administracion estatal de NorthSTAR al 512-206-5470.

**Tengo la responsabilidad de:**

- Asegurarme que la informacion proporcionada en esta aplicacion es verdadera y correcta de mi acuerdo y conocimiento
- Enviar una aplicacion de elegibilidad financiera actualizada a mi proveedor anualmente
- Rapidamente informar a ValueOptions dentro de los primeros 30 dias de esta aplicacion

**Iniciales del Apicante**

**Entiendo que:**

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

**Firma del aplicante (o guardian si el aplicante es menor de 18 anos)**

**Fecha**

Tiene el derecho de preguntar sobre esta forma. Tambien tiene el derecho de revisar la informacion que nos da en la forma (con algunas excepciones). Si la informacion no esta correcta, puede pedir que la corrijamos. La Comision de Salud y Servicios Humanos tiene un metodo para pedir correcciones. Se encuentra en el Titulo 1 de Codigo Administrativo de Texas, secciones 351.17 a 351.323. Para hablar con alguien tocante de esta forma, por favor pedir que corrija, por favor de comunicarse con ValueOptions. Puede escribir 1199 South Bellline Rd. Coppell, TX 75019. Tambien puede llamar a 1-888-800-6799

**Firma de empleado** \_\_\_\_\_

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

Yo aseguro que la informacion en esta aplicacion es verdadera y correcto en lo mas que se y que revise los responsabilidades de responsibilidad del aplicante con la aplicante.

**Por Favor note: Si alguien esta reportando informacion falso or mal representada en repondidad de los preguntas en este aplicacion o documentarios falsos es un crimen que puede ser castigado y incluyen pero no son limitados a suspension de beneficios de membresia y inhabilidad de solicitar el programa de Cuidado de salud Indigente de NorthSTAR. Tambien puede incluir cargos Federales y Estatales.**