

**HENDERSON COUNTY
INDIGENT HEALTH CARE**

100 E. TYLER ST. RM 301

ATHENS, TEXAS 75751

(903) 677-6372

FAX (903) 677-6377

ATTENTION!

**PLEASE READ ALL INFORMATION AND
KEEP FOR YOUR INFORMATION**

Henderson County IHC application process consists of three steps.

1. APPLICATION OR REVIEW

Must be signed and dated – spouse must sign if married.

Will be returned if anything left blank.

2. VERIFICATION

After returning application IHC will request verification/documentation to be provided.

A current valid ID with Henderson County address will be required.

*This request will be made after reviewing application.

3. ELIGIBILITY INTERVIEW

Most interviews are by phone so if phone number has changed since application, please provide IHC with new number.

This process can take up to two – three weeks depending on you and mail turn around. Since all applications are emergencies there are no priorities.

*** Also know that this program will only pay for Henderson County Doctors or Emergency situations at ETMC – Athens, Tyler, GBC***



FOR OFFICE USE ONLY / PARA USO DE LA OFICINA				
Status <input type="checkbox"/> Application <input type="checkbox"/> Review	Date Form 100 is Requested/issued	Date Identifiable Form100 is Received	Case Record Number	Appointment Date and Time, if applicable

APPLICATION FOR HEALTH CARE ASSISTANCE / SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA

Name (Last, First, Middle)/Nombre (Apellido, primer, segundo)		Home Telephone No./Teléfono de la casa		Other Telephone No./Otro número de teléfono	
Have you ever used another name? If so, list other names you have used./¿Ha usado alguna vez otro nombre? Si es el caso, enumere los nombres que ha usado. <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No					
Mailing Address (Street or P.O. Box)/Dirección Postal (Calle o Apdo.)		Apt.# /Apto.#	City/Ciudad		State/Estado ZIP
Home Address, if different from above. If it is rural, give directions. / Domicilio particular, si es diferente a la dirección de arriba. Si es rural, explique cómo llegar.					

1. On the chart below, fill in the first line with information about yourself. Fill in the remaining lines for everyone who lives in the house with you, whether or not you consider them household members. / En la tabla a continuación, llene la primera línea con información acerca de usted mismo. Llene las líneas restantes acerca de todos que viven en la casa con usted, los considere miembros de la unidad familiar o no.

Name (Last, First, Middle) Nombre (Apellido, primero, segundo)	Social Security Number (if available) Número de Seguro Social (si lo tiene a su disposición)	Sex Sexo Male/ Female Hombre/ Mujer	Date of Birth Fecha de nacimiento	What Relation to you? ¿Parentesco con usted?	Are you a sponsored alien? ¿Es usted un extranjero patrocinado?
				MYSELF Yo mismo	

The word "household" in Questions #2 - #16 refers to: you, your spouse, and anyone else that lives with you and with whom you have a legal relationship. You do not need to include information on people who live with you but are not part of your "household."
Las palabras "unidad familiar" en las preguntas #2- #16 se refiere a: usted, su esposo o esposa, y cualquier otra persona que vive con usted y con quien tiene una relación legal. No necesita incluir información de las personas quienes viven con usted que no son parte de su "unidad familiar."

2. What is your household's county and state of residence (where you make your permanent home)?
¿En qué condado y en qué estado viven (tienen su hogar permanente) usted y las personas de la unidad familiar?

County/Condado _____ State/Estado _____

Do you plan to remain in this county and state?
¿Piensa quedarse en este condado y este estado? Yes/Sí No

3. Living Arrangements/Vivienda

Check all boxes that apply to your household./Marque todas las cajitas que se apliquen a su caso.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Own or paying for home
Soy dueño de mi casa o la estoy comprando | <input type="checkbox"/> Live in a house provided by someone else
Vivo en una casa ajena | <input type="checkbox"/> No permanent residence
No tengo residencia permanente |
| <input type="checkbox"/> Live with someone else
Vivo con otra persona | <input type="checkbox"/> Rent House/Apartment
Rento una casa o apartamento | <input type="checkbox"/> Jail
Cárcel |

4. List your average monthly household expenses./Enumere los gastos mensuales de la unidad familiar.

Rent/Mortgage/Renta/hipoteca.....	\$	_____
Utilities (gas, water, electric)/Servicios públicos (gas, agua, luz)	\$	_____
Telephone/Teléfono	\$	_____
Transportation, such as gas, car payments, bus/Transportación, tal como gasolina, pagos del carro, autobús	\$	_____
Tax and Insurance on home per year/Impuesto y seguro anual de la casa	\$	_____
Other/Otro	\$	_____
Other/Otro	\$	_____
Other/Otro	\$	_____

Does anyone pay these household expenses for you?

¿Hay otra persona que paga estos gastos de la unidad familiar por usted? Yes/Sí No

If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿quién? _____

5. Are you - or is anyone in your household - receiving TANF Food Stamp Medicaid benefits?

¿Está usted o alguien de la unidad familiar recibiendo beneficios de TANF, estampillas para comida, y/o Medicaid? Yes/Sí No

If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿quién? _____

6. Are you - or is anyone in your household - pregnant?

¿Está usted o alguien de la unidad familiar embarazada?..... Yes/Sí No If Yes, who? Si contesta "Sí," ¿quién? _____

7. Are you - or is anyone in your household - disabled?

¿Está usted o alguien de la unidad familiar incapacitada?..... Yes/Sí No If Yes, who? Si contesta "Sí," ¿quién? _____

8. Have you - or has anyone in your household - applied for SSI or SSDI?

¿Alguna vez usted o alguien de la unidad familiar solicitó beneficios de SSI o SSDI?..... Yes/Sí No

If Yes, who applied and when?

Si contesta "Sí," ¿quién los solicitó y cuando? _____

9. Do you - or does anyone in your household - have unpaid health care bills from the last three months?

¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar cuentas médicas sin pagar de los últimos tres meses? Yes/Sí No

If Yes, which months?

Si contesta "Sí," ¿Cuáles meses? _____

10. Do you - or does anyone in your household - have health care coverage (Medicare, health insurance, V. A., Tricare, etc.)?

¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar la cobertura médica (Medicare, seguro médico, V. A., Tricare, etc.)? Yes/Sí No

If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿quién? _____

11. How much money do you have? For example, on your person, in your home, in bank accounts, or other locations?

¿Cuánto dinero tiene usted, por ejemplo, en el bolsillo, en la casa, en las cuentas bancarias, o en otros lugares? \$

12. How many cars, trucks, or other vehicles do you - and anyone in your household -- have? List the year, make, and model in the chart below./¿Cuántos carros, camionetas u otros vehiculos tienen usted y las personas de la unidad familiar? Anote el año, la marca, y el modelo en la tabla a continuación.

	Year/Año	Make and Model/Marca y Modelo
1.		
2.		

	Year/Año	Make and Model/Marca y Modelo
3.		
4.		

13. Do you - or does anyone in your household - own or pay for a home, lot, land, or other things?

¿Tiene o paga usted o alguien de la unidad familiar una casa, un lote, un terreno, u otros bienes? Yes/Sí No

14. Did you - or did anyone in your household - sell, trade, or give away any cash or property during the last three months?

Durante los últimos tres meses, ¿traspasó, vendió o regaló usted o alguien de la unidad familiar dinero o alguna propiedad? Yes/Sí No

15. Have you - or has anyone in your household - worked in the last three months?

¿Ha trabajado usted o alguien de la unidad familiar en los últimos tres meses?..... Yes/Sí No If Yes, who? Si contesta "Sí," ¿quien? _____

16. List all of your household's income below. Be sure to include the following: Government checks; money from training or work; money you collect from charging room and board; cash gifts, loans, or contributions from parents, relatives, friends, and others; sponsor's income; school grants or loans; and unemployment. / Haga una lista de los ingresos de la unidad familiar a continuación. Asegúrese de anotar: Cheques del gobierno; ingresos de trabajo o de capacitación; dinero que recibe de cobros de cuarto y comida; regalos en efectivo, préstamos, o aportaciones de sus padres, familiares, amigos, y otras personas; los ingresos del patrocinador; becas o préstamos de la escuela; o pagos por desempleo.

Name of person receiving money Nombre de la persona que recibe el dinero	Name of agency, person, or employer who provides the money Nombre del patrón, la persona o la agencia que paga el dinero	Amount received Cantidad recibida	How often received? (daily, weekly, every two weeks, twice a month, monthly?) ¿Con qué frecuencia lo recibe? (¿diariamente, por semana, cada quincena, dos veces al mes, una vez al mes?)

The statements I have made, including my answers to all questions, are true and correct to the best of my knowledge and belief.

I agree to give eligibility staff and the county any information necessary to prove statements about my eligibility.

I agree to report any of the following changes within 14 days:

- Income
- Resources
- Number of people who live with me
- Address
- Application for or receipt of SSI, TANF, or Medicaid

I have been told and understand that this application will be considered without regard to race, color, religion, creed, national origin, age, sex, disability, or political belief; that I may request a review of the decision made on my application or re-certification for assistance; and that I may request, orally or in writing, a fair hearing about actions affecting receipt or termination of health care assistance.

A mi leal saber y entender, las declaraciones que he hecho, y mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas.

Me comprometo a dar al personal que verifica la elegibilidad y al condado toda la información necesaria para comprobar mis declaraciones sobre la elegibilidad.

Me comprometo a avisar, dentro de los 14 días, de cualquier cambio de:

- Ingresos
- Recursos
- Número de personas que viven conmigo
- Dirección
- Solicitud de SSI, TANF, o Medicaid o la entrega de cualquiera de estas.

Me han dicho y comprendo que esta solicitud será considerada sin discriminación por raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, ni afiliación política; que puedo pedir una revisión de la decisión que se haga acerca de mi solicitud de asistencia o recertificación para asistencia; y que puedo pedir, oralmente o por escrito, una audiencia imparcial sobre cualquier acción que afecte la entrega o la terminación de asistencia de atención médica.

I understand that by signing this application, I am giving the county the right to recover the cost of health care services provided by the county from any third party. I agree to give the county any information it needs to identify and locate all other sources of payment for health care services.

I have been told and understand that my failure to meet the obligations set forth may be considered intentional withholding of information and can result in the recovery of any loss by repayment or by filing civil or criminal charges against me.

Comprendo que al firmar esta solicitud, doy al condado el derecho a recuperar de cualquier tercero el costo de los servicios médicos proporcionados por el condado. Me comprometo a dar al condado la información necesaria para identificar y localizar cualquier otro fuente de pagos por mis servicios médicos.

Me han dicho y comprendo que si dejo de cumplir con las obligaciones especificadas en ésta podría considerarse como una retención intencional de información y podría dar lugar a la recuperación de pérdidas por medio de la devolución de pagos o por medio de la presentación de cargos criminales en mi contra.

BEFORE YOU SIGN, BE SURE EACH ANSWER IS COMPLETE AND CORRECT.
ANTES DE FIRMAR, ASEGÚRESE DE QUE CADA RESPUESTA SEA COMPLETA Y CORRECTA.

Signature - Applicant / Firma - Solicitante

Date / Fecha

Signature - Spouse / Firma - Esposo o Esposa

Date / Fecha

If the applicant is married and his/her spouse is a household member, the spouse may also sign and date this Form 100 even if the spouse is a disqualified household member. Si el/la solicitante está casado/a y su esposo o esposa vive en la misma casa, el cónyuge también puede firmar que su esposo o esposa también firme esta Forma 100, aunque no tenga derecho de recibir asistencia.

Signature - Person Who Helped Complete This Application / Date
Firma - Persona que ayudó a llenar esta solicitud / Fecha

Signature - Applicant's Representative / Date
Firma - Representante del solicitante / Fecha

Signature - Witness (if signed with "X") / Date
Firma - Testigo (si firma con "X") / Fecha

Address (Street, City, State, ZIP) and telephone number of anyone who helped complete this Form 100 / Dirección (Calle, Ciudad, Estado, ZIP) y teléfono de la persona que ayudó a llenar esta Forma 100

**HENDERSON COUNTY
INDIGENT HEALTH CARE
100 E. TYLER ST. RM 301
ATHENS, TEXAS 75751
(903) 677-6372**

DATE _____

Name _____
(Please Print)

Please answer the following questions in regards to your health situation and return with your application or verification.

Other than paying your medical bills, what is your **immediate emergency medical need?**

If asked, do you have documentation supporting your emergency medical need, i.e., a letter from the hospital or doctors that you can provide to Indigent Health Care?

Yes _____ No _____

Is this a temporary or permanent condition? Circle one.

NOTICE!!!

**INDIGENT HEALTH CARE DOES NOT COVER EVERY NEED.
SOME EXCLUSIONS ARE:**

**NECK SURGERY, BACK SURGERY, PAIN MANAGEMENT, ARTHRITIS,
RHEUMATISM, RHEUMATOID ARTHRITIS, CERTAIN CHRONIC ILLNESSES,
SLEEP APNEA/DISORDERS, HIP/KNEE REPLACEMENTS, ETC.,
TRANSPLANTS, ELECTIVE SURGERIES, DENTAL, CHIROPRACTORS,
EYEGASSES/CONTACTS OR MENTAL ISSUES.**

I have read and understand all the above information.

Signature