



6400 E. Hwy 290
 Suite# 202
 Austin, TX 78723
 Ph:512-206-1164
 Fax: 512-206-1135
jdiaz@tcms.com

Proyecto Acceso Solicitud de Inscripción

PARTE 1: Información del solicitante

Fecha: _____

Favor de completar la solicitud y enviarla por correo, correo electrónico o fax a la dirección antes mencionada.

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Dirección de su casa _____ Número de apartamento _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de Nacimiento _____ País de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Sexo: Masculino Femenino

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____ Otro número de teléfono _____ Correo electrónico _____

Raza/Etnicidad: Áfrico-Americano Asiático/de las Islas del Pacífico Caucásico Hispano Otro _____

Idioma primario: _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Matrimonio de hecho-unión libre Viudo/a

¿Cuántos adultos viven en su casa? _____ ¿Cuántos niños menores de 18 años viven en su casa? _____

¿Ha vivido en el Condado de Travis durante los últimos 6 meses? (Debe mostrar pruebas.) Si No

¿Cuál es su ingreso bruto?(Debe mostrar pruebas.)\$ _____ Semanal Cada dos semanas Mensual Dos veces al mes

¿Hay alguien en la familia que tenga MAP, CHIP, Medicaid, Medicare o seguro privado? Sí No

¿Usted tiene una solicitud pendiente para Medicaid, Medicare o un Seguro médico? Sí No

¿Usted o algún miembro del hogar recibe beneficios del Seguro Social actualmente? Sí No Si es sí ¿quién? _____

¿Es usted un Veterano militar? Sí No

¿Tenemos permiso para:

¿Dejar un mensaje en su casa o teléfono celular? Sí No

¿Dejar un mensaje en el buzón de voz de su trabajo? Sí No

¿Discutir su condición médica con otras personas? Sí No

Si respondió Sí, indique con quién podemos hablar y su relación con ellos.

Nombre _____ Relación _____ Número de teléfono _____

¿Ha visto a un proveedor de atención médica en los últimos 12 meses, incluyendo salas de emergencia, clínicas, hospitales o médicos privados? Sí No

¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____

Office Use Only Eligible: Yes No Income: 100% 175% 250% _____%

Enrolled by: _____ (site) Date of Enrollment: _____

Referred to: _____

Physician

Appointment Date

Appointment Time



6400 Hwy 290
 Suite# 202
 Austin, TX 78723
 Ph:512-206-1164
 Fax: 512-206-1135
jdiaz@tcms.com

Proyecto Acceso
Solicitud de Inscripción
PARTE 2: Información familiar

Fecha: _____

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Lista de todas las personas que viven con usted: (adjuntar otra página si es necesario)

Nombre (Apellido, Primero, Segundo)	Parentesco	Edad	Estado Civil	Ingresos Mensuales Brutos	<i>Lista de todos los Activos</i>

Si no tiene ingresos, por favor explique cómo sus necesidades básicas como comida, ropa, vivienda, utilidades se están cumpliendo. _____

Yo certifico que la información antedicha es la revelación total y completa de mis ingresos y mi dirección. Yo certifico que la información antes mencionada es verdad a mi mejor conocimiento y no hay ningún intento de mi parte para cometer fraude. Entiendo que la acción apropiada será tomada si la información antedicha ha sido falsificada.

 Firma del solicitante

 Fecha

Por favor adjunte su comprobante de ingresos y residencia.

***SU SOLICITUD NO SERÁ COMPLETADA SIN LOS DOCUMENTOS DE APOYO
 (Vea la lista adjunta de los documentos aceptables)***

PROYECTO ACCESO

Requisitos:

- 1. Identificación o licencia de conducir de Texas, tarjeta de Seguro Social, certificado de nacimiento, tarjeta de residente permanente legal, tarjeta de permiso de trabajo (Traiga todo lo que corresponda).**
- 2. Prueba de ingresos mensual del hogar / familia**
 - a. Talones de cheques actuales, consecutivos durante 1 mes de todos los empleos**
 - b. Carta de adjudicación del Seguro Social (SSI, SSDI, Jubilación)**
 - c. Declaración de manutención de hijos de la Oficina Fiscal General de Texas**
 - d. Declaración actual de los pagos por desempleo de la Comisión Laboral de Texas**
 - e. Si se paga en efectivo o con cheque personal, debe proporcionar carta de su empleador, incluyendo la fecha, cantidad pagada, la frecuencia de pago y la información de contacto.**
- 3. Trabajadores por cuenta propia deberán presentar una declaración de Ganancias y Pérdidas durante los últimos 3 meses, incluyendo estados de cuenta bancarios, cheques y facturas relacionadas con el negocio.**
- 4. Carta del empleador declarando que el seguro médico se ofrece o si no se ofrece. Si se ofrece seguro médico, es necesario proporcionar documentos sobre tarifas, beneficios, límites y fechas para el próximo período de inscripción de seguro médico.**
- 5. Income Tax Return/Declaración de impuestos más actual (Formularios 1040A, 1096, 1099, Schedule C, Schedule K).**
- 6. Comprobante de domicilio en el condado de Travis, (deben tener 6 meses de antigüedad):**
 - a. Factura de servicios públicos (electricidad, agua o gas)**
 - b. Factura de teléfono (línea terrestre, no celular)**
 - c. Factura de cable o satélite**
 - d. Tarjeta de registro para votar**
 - e. Artículo de correo con matasellos**

**** Nota: La evaluación no se puede completar sin todos los requisitos. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al 512-206-1164.**