



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/Si <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?
				<b>MYSELF</b> 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/Si  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<br>Soy dueño de mi casa o la estoy comprando | <input type="checkbox"/> Live in a house provided by someone else<br>Vivo en una casa ajena | <input type="checkbox"/> No permanent residence<br>No tengo residencia permanente |
| <input type="checkbox"/> Live with someone else<br>Vivo con otra persona                     | <input type="checkbox"/> Rent House/Apartment<br>Rento una casa o apartamento               | <input type="checkbox"/> Jail<br>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," ¿quién? \_\_\_\_\_



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; child support; 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; manutención de niños, 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.

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

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

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

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

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

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

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

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.

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.

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.

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.

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 must 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, se requiere 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