

Fecha De Aplicación				
Lugar de Aplicación		Localidad		
Nombre de Apicante	(Primero)	(Ultimo)	Genero	
Fecha de Nacimiento		Numero de Seguro Social		
Numero de NorthSTAR		Nuevo/Actualización/Emergencias	(Encierro en un circulo el que corresponda)	
Dirrección		Sin Hogar/ viviendo con amigos	(Encierro en un circulo el que corresponda)	
Cuidad		Estado		Código Postal
Teléfono de casa		Teléfono de Trabajo		Otro
Estado Civil	Soltero/Divorciado/Viudo/Casado		Si esta separado,cuanto tiempo tiene?	

Raza	Blanco (No-Hispano)				Negro/Afro Americano		Asiático/ Indio		Nativo del Hawaii/Islas de Pacifico	
(Encierro en un circulo el que corresponda)	Hispano-Cubano				Otro Hispano		Americo/Nativo de Alaska			
	Hispano/Mexicano				Hispano/Puerto Riqueño		Otra (enierro en un			
	Mas de una raza reportada				Desconocida		circulo el que corresponda			
Nombre del padre o Guardián legal	(Primero)					(Ultimo)				
Dirrección										
Ciudad					Estado					Código Postal
Aseguradora	Medicare/ Medicaid/ Veterano/ Privada				Encierro en un circulo el que Corresponda)					
Empleador										
Nombre de la compañía aseguradora					Numero Telefónico					
Numero de Póliza										
Nombre de la persona eln la Póliza(asegurado)										
Relación de la persona en la póliza con el aplicante										

Ingreso Mensuales del Hogar	(incluir aplicante, esposa y/o guardian)
------------------------------------	--

Ingreso o salario del aplicante	(Si el ingreso de aplicante es de cero, como se pagan los gastos)	\$	
Ingreso o salario del esposo (a)		\$	
Ingreso o salario del guardian	(Solo para menores)	\$	
Otros Ingresos	(ssl/deshabilidad/soporte infantil/pension)	\$	
Ingresos Mensual Total		\$	
Saldo aproximado en cuenta de chequees		\$	
Saldo Aproximado en cuenta de ahorros		\$	
Saldo aproximado en cuenta de confianza		\$	Pago mensual al miembro
Efectivo aproximada a la mano		\$	
Cash Total		\$	
Gastos extra	(documentacion adjunta)		
	Gastos médicos mayores or relacionados con las salud	\$	
	Perdidas mayores el ano pasado	\$	
	Apoyo infantil (child support)	\$	
	Cuidado Infantil	\$	
	Gastos totales	\$	
Numero de miembros familiares residiendo en su vivienda (aplicante, esposo (a),dependiente y/o guardian)			
Numero de miembros familiares residiendo en su vivienda menores de 18 anos			

Explicacion Adicional/Detalles(para uso del staff (unicamente))
Derechos, Responsabilidades y Acuerdos
Tengo derecho de :
• Apelar una negación de insripción a NorthSTAR con Value Options al 888-800-6799 • Mandar una apelación secundaria a la administracin estatal de NorthSTAR al 512-206-5470.
Tengo la responsabilidad de:
• Asegurarme que le 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 ValueOptions dentro de los primeros 30 dias de esta aplicación
Iniciales del Aplicante _____

Entiendo que:

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

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

Tiene ed derecho de preguntar sobre esta forma. También tiene el derecho de revisar la información que nos da en la forma. (con algunas excepciones). Si la información no esta correcta, puede pedir que la corriamos. La Comisión de Salud y Servicios Humanos tiene un método para pedir correcciones. Se encuentra en en Titulo 1 de Código Administrativo de Texas, secciones 351.17 a 351.323. Para hablar con alguien tocante de esta forma, por favor pedior que corrija, favor de comunicarse con ValueOptions. Puede escribir 1199 South Beltline Rd. Coppel, TX 75019. También puede llamar a 1-888-800-6799

Firma de empleado _____**Fecha** _____

Yo aseguro que la información en esta aplicación es verdadera y correcto en lo mas que se y que revise los responsibiliades de la aplicante con la aplicante.

Por Favor note: Si alguien esta reportando información 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 para el programa de Cuidado de salud Indigente de NorthSTAR. También puede incluir cargos Federales y Estatales.

