TEXAS Health and Human Services Commission

Form H2340-OS
December 2015

Medicaid for Breast and Cervical Cancer
Medicaid para el Cáncer de Seno y Cervical

This form is for women who were in this program in another state and have moved to Texas./Esta forma es para las mujeres que participaron en este programa en otro estado y se mudaron a Texas.

Please fill in facts for the woman who is applying for benefits. /Por favor, escriba los datos de la mujer que solicita beneficios.

Name (first, middle, last)/ Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	**Date of birth (mm/dd/yyyy)**/ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		**Agency Use Only/ Solo para uso del departamento** Date Received
Social Security No./Núm. de Seguro Social	**Date you moved to Texas**/Fecha en que se mudó a Texas		
Home address — street/Domicilio — Calle	**City**/Ciudad ,Texas	**ZIP Code**/Código postal	**County**/Condado

If your mailing address is different from your home address, fill out the next line./Si su dirección postal es distinta a la de su domicilio, llene el siguiente renglón.

Mailing address — street/Dirección postal — Calle	**City**/Ciudad	**State**/Estado	**ZIP Code**/Código postal	**County**/Condado
Area code and phone no./Clave del área yteléfono	**Ethnicity (optional)**/Grupo étnico (opcional) ☐ **Hispanic/Latino**/Hispano o latino ☐ **Non-Hispanic**/No hispano			

Race (optional)/Raza (opcional)
☐ **American Indian/Alaska Native**/India americana o nativa de Alaska ☐ **Black/African American**/Negra o afroamericana
☐ **White**/Blanca ☐ **Asian**/Asiática ☐ **Native Hawaiian/Pacific Islander**/Nativa de Hawai o de las islas del Pacífico

1. Are you a U.S. citizen?/¿Es usted ciudadana estadounidense?.... ☐ **Yes**/Sí ☐ No
If yes, send proof (birth certificate, hospital record, passport, etc.)./Si contesta "Sí", dé pruebas (acta de nacimiento, registro del hospital, pasaporte, etc.)

2. Are you a legal immigrant?/¿Es usted inmigrante legal?..... ☐ **Yes**/Sí ☐ No
If yes, send proof (resident card, arrival/departure form, etc.)./Si contesta "Sí", dé pruebas (tarjeta de residente, forma de llegada o salida, etc.)

3. Did you get your cancer screening through the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program in another state?/¿Se hizo la prueba de detección del cáncer en otro estado por medio del Programa Nacional de Detección Temprana de Cáncer de Seno y Cervical? ☐ **Yes**/Sí ☐ No

If yes, write the name of the state and your caseworker's name and phone number./Si contesta "Sí", escriba el nombre del estado y el nombre y teléfono de su trabajador de casos.

4. Are you in a Medicaid for breast or cervical cancer program in another state?/**¿**Actualmente participa usted en el programa de Medicaid para el cáncer de seno y cervical de otro estado? ……☐ **Yes**/Sí ☐ No

5. Are you in the Children's Health Insurance Program (CHIP)? Or do you get Medicare Part A or Part B?/¿Participa usted en el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)? O, ¿ recibe Medicare Parte A o B?.....☐ **Yes**/Sí ☐ No

6a. Do you have health insurance?/ ¿Tiene seguro médico? ……☐ **Yes**/Sí ☐ No

If yes, write the name, address and phone number of the health insurance company below./Si contesta "Sí", escriba el nombre, la dirección y el teléfono de la compañía de seguros a continuación.

6b. Does the health insurance cover breast or cervical cancer treatment? ¿Cubre el seguro médico el tratamiento de cáncer de seno o cervical?..... ☐ **Yes**/Sí ☐ No

If yes, is the health insurance ending?/ Si contesta "Sí", ¿está por vencerse el seguro? ☐ **Yes**/Sí ☐ No

If yes, what date is it ending?/ Si contesta "Sí" ¿en qué fecha se vence? _____

7. Do you have any unpaid medical bills for services you got three months before this month?/ ¿Tiene usted cuentas médicas sin pagar por servicios que recibió en los tres meses antes de este mes? ☐ **Yes**/Sí ☐ **No**

If yes, in which months did you get medical services?/ Si contesta "Sí", ¿en qué meses recibió los servicios médicos? _____

This program can cover unpaid medical bills for services you got starting from the date you were diagnosed with breast or cervical cancer. To ask for help with paying medical expenses from before the diagnosis, but within the three months before this month, you must fill out a different form. To get a form to apply for different Medicaid programs, visit www.yourtexasbenefits.com or go to an HHSC benefits office. You can call 2-1-1 to find an office near you./Este programa solo cubre cuentas médicas sin pagar por servicios que usted recibió después de su diagnóstico de cáncer cervical o de seno. Para pedir ayuda para pagar los gastos médicos de antes del diagnóstico, pero durante los tres meses antes de este mes, usted tiene que llenar una solicitud distinta. Para obtener la forma para solicitar otros programas de Medicaid, visite www.yourtexasbenefits.com o vaya a una oficina de beneficios de la HHSC. Puede llamar al 211 para encontrar una oficina cerca de usted.

Signing up to vote

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote here today? ☐ Yes ☐ No

IF YOU DO NOT CHECK EITHER BOX, YOU WILL BE CONSIDERED TO HAVE DECIDED NOT TO REGISTER TO VOTE AT THIS TIME. If you would like help in filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private. If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with the Elections Division, Secretary of State, PO Box 12060, Austin, TX 78711.
Phone: 1-800-252-8683.

Inscripción para votar

Llenar la solicitud del registro para votar o negarse a inscribirse no afectará la cantidad de asistencia que este departamento le dará.

Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le interesa llenar hoy mismo la solicitud del registro para votar? ☐ Sí ☐ No

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, ESO SIGNIFICARÍA QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. Si quiere ayuda para llenar la solicitud del registro para votar, le podemos ayudar. Usted decide si necesita o quiere aceptar la ayuda. Puede llenar la solicitud en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o negarse a inscribirse para votar, o con su derecho de escoger un partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja en Elections Division, Secretary of State, PO Box 12060, Austin, TX 78711. Teléfono: 1-800-252-8683.

HHSC Agency Use Only (Sólo para uso de la agencia): Voter Registration Status

☐ Already registered ☐ Client declined ☐ Agency transmitted ☐ Client to mail ☐ Mailed to client ☐ Other

Agency staff signature _____

Legal Information

Your Right to be Treated Fairly

In accordance with Federal law and U.S. Department of Health and Human Services (HHS) policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability.

To file a complaint of discrimination, contact HHS. Write HHS, Office of Civil Rights, 1301 Young Street #1169, Dallas, TX 75202-5433. Or call 1-214-767-4056 or 1-214-767-8940 (TTY). HHS is an equal opportunity provider and employer.

You can also contact the Texas HHSC Civil Rights office. Write to: HHSC Office of Civil Rights, 701 W. 51st St., MC W206, Austin, TX 78751. Or call toll-free 1-888-388-6332 or 1-877-432-7232 (TTY).

Citizenship and Immigration Status

You can get benefits for your children who are U.S. citizens or legal immigrants even if you are not a U.S. citizen or a legal immigrant. You do not have to give your citizenship or immigration status to get benefits for your children. You only have to give the citizenship or immigration status of people who want benefits. If you are not a U.S. citizen or a legal immigrant, the only benefits you may be able to get are emergency Medicaid services. Getting long-term care (Medicaid for the Elderly and People with Disabilities) or cash help (TANF) could affect your immigration status and your chances of getting a Permanent Resident Card (green card). Getting other benefits will not affect your immigration status and your chances of getting a Permanent Resident Card. You may want to talk to an agency that helps immigrants with legal questions before you apply. If you are a refugee or have been given asylum, getting benefits will not affect your chances of getting a Permanent Resident Card or becoming a citizen.

Social Security Numbers

You only need to give the Social Security numbers (SSNs) for people who want benefits. Giving or applying for an SSN is voluntary; however, anyone who doesn't give an SSN can't get benefits. If you don't have an SSN, we can help you apply for one if you are a U.S. citizen or a legal immigrant. You must be a U.S. citizen or a legal immigrant to get an SSN. You can get benefits for your children if they have an SSN and you don't. We will give SSNs to the Bureau of Immigration and Customs Enforcement. We will use

Información legal

Derecho a un trato justo

De acuerdo con la ley federal y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS), este departamento tiene prohibida la discriminación por raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Para presentar una queja de discriminación, comuníquese con el HHS. Escriba a HHS, Office of Civil Rights, 1301 Young Street #1169, Dallas, TX 75202-5433. O llame al 1-214-767-4056 o al 1-214-767-8940 (línea TTY). El HHS es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC de Texas. Escriba a: HHSC Office of Civil Rights, 701 W. 51st St., MC W206, Austin, TX 78751. O llame gratis al 1-888-388-6332 o al 1-877-432-7232 (línea TTY).

Ciudadanía y estado migratorio

Puede recibir beneficios para los niños que son ciudadanos de EE. UU. o inmigrantes legales aunque usted no sea ciudadano ni inmigrante legal. Usted no tiene que dar información sobre su ciudadanía o estado migratorio para recibir beneficios para sus niños. Sólo necesita dar la información sobre la ciudadanía o estado migratorio de las personas que solicitan beneficios. Si usted no es ciudadano de EE. UU. ni inmigrante legal, los únicos beneficios que podría recibir son los servicios de Medicaid de emergencia. Recibir atención a largo plazo (Medicaid para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades) o ayuda de dinero en efectivo (TANF) puede afectar su estado migratorio y la habilidad de obtener una tarjeta de residente permanente (tarjeta verde). Recibir otros beneficios no afectará su estado migratorio ni la habilidad de obtener una tarjeta de residente permanente. Antes de solicitar beneficios, hable con alguna agencia que contesta las preguntas legales de inmigrantes. Los refugiados y las personas a quienes se les da asilo pueden recibir beneficios sin afectar su habilidad de obtener la tarjeta de residente permanente o la ciudadanía estadounidense.

Números de Seguro Social

Sólo necesita dar el número de Seguro Social (SSN) de las personas que solicitan beneficios. Dar información sobre el SSN o solicitar uno es voluntario; sin embargo, las personas que no dan un SSN no podrán recibir beneficios. Si no tiene un SSN, podemos ayudarle a solicitar uno si es ciudadano de EE. UU. o inmigrante legal. Tiene que ser ciudadano de EE.

SSNs to check the amount of money you get (income), if you can get benefits, and the amount of benefits you can get. (42 CFR 435.910 for health care.)

Statement of Understanding

Facts HHSC Has About Me

HHSC uses facts about people applying for benefits to decide (1) who can get benefits, and (2) the amount of benefits. HHSC checks facts with the federal Income and Eligibility Verification System. If any facts don't match, HHSC will check other sources (banks, employers, etc.). If anyone applying for benefits has an immigration registration number, HHSC must check with the U.S. Citizenship and Immigration (USCIS) system. HHSC will not give anyone's facts to USCIS.

In most cases, I can see and get facts HHSC has about me. This includes facts I give HHSC and facts HHSC gets from other sources (medical records, employment records, etc.). I may have to pay to get a copy of these facts. I can ask HHSC to fix anything that is wrong. I do not have to pay to fix a mistake. To ask for a copy or to fix a mistake, I can call 2-1-1 or my local HHSC benefits office.

Keeping My Facts Private

HHSC will keep my facts private if they were collected:

- by HHSC staff or contracted provider staff.
- to find out if I can get state benefits.

HHSC can share facts about me:

- when needed for me to get state health care benefits.
- with phone and utility companies. They will find out if my amount can be lowered. HHSC will give them my name, address and phone number.

If I Give False Information

If I choose not to tell the truth, I might:

- be charged with a crime.
- have to repay benefits.

The same is true if I let someone else use my medical card or Medicaid ID.

Giving Out Facts About Me

I agree to let Medicaid health care providers (doctors, drug stores, hospitals, etc.) give out any facts about me to HHSC. This will allow the providers to be paid by Medicaid.

Medical Payments

If I get Medicaid, HHSC will keep medical services payments I can get from other sources, such as:

- my health insurance.
- money I got because of injuries.

I must tell HHSC about these sources. If I don't, I am breaking the law.

HHSC will only keep the amount of medical service payments allowed by law. I will work with HHSC to get these funds.

UU. o inmigrante legal para recibir un SSN. Si sus niños tienen un SSN, puede recibir beneficios para ellos aunque usted no tenga uno. Damos los SSN al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas. Usaremos los SSN para verificar cuánto dinero recibe (ingresos), si puede recibir beneficios y la cantidad de beneficios que puede recibir. (42 CFR 435.910 para atención médica).

Declaración de entendimiento

Datos que la HHSC tiene sobre mí

La HHSC usa los datos de las personas que solicitan beneficios para decidir: (1) quién puede recibir beneficios, y (2) la cantidad de los beneficios. La HHSC compara los datos con el Sistema federal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad. Si los datos no corresponden, la HHSC revisará otras fuentes (bancos, empleadores, etc.). Si la persona que solicita beneficios tiene un número de registro de inmigrante, la HHSC tiene que verificar con el sistema del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. (USCIS). La HHSC no dará al USCIS los datos de nadie.

En la mayoría de los casos, puedo ver y obtener los datos que la HHSC tiene sobre mí. Esto incluye los datos que doy a la HHSC y los datos que la HHSC obtiene de otras fuentes (historial médico, antecedentes laborales, etc.). Es posible que tenga que pagar para obtener una copia de estos datos. Puedo pedir a la HHSC que corrija cualquier información incorrecta. No tengo que pagar para corregir un error. Para pedir una copia o corregir un error, puedo llamar al 211 o a la oficina local de beneficios de la HHSC.

Confidencialidad de mis datos

La HHSC mantendrá privados mis datos si fueron recopilados:

- por el personal de la HHSC o por un proveedor contratado por la HHSC.
- para saber si puedo recibir beneficios estatales.

La HHSC puede dar información sobre mis datos:

- cuando sea necesario para que reciba beneficios estatales de atención médica.
- con compañías de teléfono y de servicios públicos. Pueden averiguar si la cantidad de mi cuenta puede ser reducida. La HHSC les dará mi nombre, dirección y teléfono.

Si doy información falsa

Si decido no decir la verdad:

- me pueden acusar de un delito.
- quizás tenga que pagar los beneficios que recibí.

Lo mismo podría pasar si dejo que otra persona use mi tarjeta de seguro médico o mi identificación de Medicaid.

El uso de mis datos personales

Estoy de acuerdo en dejar que los proveedores de atención médica de Medicaid (doctores, farmacias, hospitales, etc.) den mis datos personales a la HHSC. Esto permitirá que Medicaid pague a los proveedores.

Pagos médicos

Si recibo beneficios de Medicaid, la HHSC se quedará con los pagos de servicios médicos que puedo obtener de otras fuentes, como:

- mi seguro médico.
- el dinero que reciba debido a una lesión.

Tengo que avisarle a la HHSC sobre estas fuentes. De no hacerlo, sería una violación de la ley.

La HHSC sólo se quedará con la cantidad de los pagos de servicios médicos que permite la ley. Cooperaré con la HHSC para que reciba este dinero.

By signing below, I agree:

- to let HHSC and other state, federal and local agencies check, share and get facts about anyone on my benefits case (the household).
- to let other people, businesses and organizations share facts they have about anyone on my benefits case (the household).
- the facts to be checked and shared include anything that helps decide: (1) who can get benefits, and (2) amount of benefits.

I understand that this application is a request for only me to get Medicaid for Women with Breast and Cervical Cancer program benefits. I understand that if I, or my family members, want to apply for other HHSC benefit programs, I will need to fill out a different application. I can get other applications from an HHSC benefits office or by calling 2-1-1.

My Answers Are True

I certify under penalty of perjury that the information I have provided on this application is true and complete to the best of my knowledge. If it is not, I may be subject to criminal prosecution.

Applicant's Signature _____ Date _____

Al firmar a continuación, acepto:

- dejar que la HHSC y otros departamentos estatales, federales y locales revisen, den información y obtengan datos sobre cualquier persona que forma parte de mi caso de beneficios (hogar).
- dejar que cualquier otra persona, compañía u organización dé a la HHSC los datos que tienen de cualquier persona que forma parte de mi caso de beneficios (hogar).
- que los datos que se verificarán y divulgarán incluyan cualquier información que les ayude a decidir: (1) quién puede recibir beneficios y (2) la cantidad de beneficios.

Entiendo que esta solicitud es para pedir que solo yo reciba beneficios del programa Medicaid para el Cáncer de Seno y Cervical. Entiendo que si mis familiares o yo queremos solicitar beneficios de otros programas de la HHSC, tengo que llenar otra solicitud diferente. Puedo obtener la otra solicitud de una oficina de beneficios de la HHSC, o llamando al 211.

Mis respuestas son verdaderas:

Certifico bajo pena de perjurio que la información que doy en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Si no lo es, se me puede enjuiciar penalmente.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Authorized representative

If you want, you can give someone the right to act for you (an authorized representative).

That person can:

- Give and get facts for this application.
- Take any action needed for the application process. This includes appealing an HHSC decision.
- Take any action needed to enroll in Medicaid or CHIP. This includes picking a health plan.
- Take any action needed to get benefits. This includes reporting changes and renewing benefits.

You can have only one authorized representative for all your benefits from HHSC. If you want to change your authorized representative: (1) log in to your account on YourTexasBenefits.com and report a change, or (2) call 2-1-1 (after you pick a language, press 2). If you're a legally appointed representative for someone on this application, send proof with the application.

Do you want to give someone the right to act for you — to be your authorized representative? ☐ **Yes** ☐ **No**

If yes, tell us about this person:

Name of person who you want to be the authorized representative _____

Address _____

Phone _____ Organization _____

When completed, return this form along with the required documents in the self-addressed envelope provided or mail to:

Health and Human Services Commission
PO Box 149024
Austin, TX 78714-9024

Or, fax it along with the required documents to 1-877-447-2839.

If you have any questions, call 2-1-1 or 1-877-541-7905 (after you pick a language, press 2).

Representante autorizado

Si quiere, puede darle a alguien el derecho de actuar por usted (un representante autorizado).

Esta persona puede:

- Dar y obtener datos sobre esta solicitud.
- Tomar cualquier acción necesaria durante el proceso de solicitud. Esto incluye apelar una decisión de la HHSC.
- Tomar cualquier acción necesaria para inscribirse en Medicaid o CHIP. Esto incluye escoger un plan médico.
- Tomar cualquier acción necesaria para obtener beneficios. Esto incluye avisar sobre cambios y renovar beneficios.

Solo puede tener un representante autorizado para todos sus beneficios de la HHSC. Si quiere cambiar su representante autorizado: (1) entre a su cuenta de YourTexasBenefits.com para avisar sobre el cambio, o (2) llame al 2-1-1 (después de escoger un idioma, oprima el 2). Si es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, envíenos prueba de esto con la solicitud.

¿Quiere que alguien tenga el derecho de actuar en su nombre, es decir, de ser su representante autorizado? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si contesta "Sí", díganos sobre esta persona:

Nombre de la persona que usted quiere que sea su representante autorizado _____

Dirección _____

Teléfono _____ Organización _____

Cuando termine de llenar esta forma, devuélvala junto con los documentos requeridos en el sobre con dirección provisto o use su propio sobre y envíelos a:

Health and Human Services Commission
PO Box 149024
Austin, TX 78714-9024

O envíe por fax la forma y los documentos requeridos al 1-877-447-2839.
Si tiene alguna pregunta, llame gratis al 2-1-1 o al 1-877-541-7905 (después de escoger un idioma, oprima el 2).