



Healthy Texas Women Application Form



The Healthy Texas Women program offers services such as woman's health exams, health screenings and birth control.

Fill in facts about yourself - the woman who is applying for benefits

First Name*	Last Name*	MI	Date of birth (mm/dd/yyyy)	Social Security number	Agency Use Only: Date Received
Home Address -- Street*			City*	ZIP	County
			, Texas		

Fill in mailing address below if it's different from your home address.
If you fill in a mailing address, we will send letters about your case there and not to your home.

Mailing Address -- Street	City	State	ZIP	County
Phone number we can call if we need to talk about your case or coverage	Driver License or ID number	Ethnicity (optional)		
Area code and phone number.		<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> Not Hispanic	
If you're not Hispanic, what race are you? (You don't have to answer.)				
<input type="checkbox"/> American Indian/ Alaska Native	<input type="checkbox"/> Black/African American	<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian/ Pacific Islander <input type="checkbox"/> Unknown
Are you a U.S. citizen?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If yes, give proof)	Does anyone in your home get WIC benefits right now?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If yes, give proof)			
Are you a legal immigrant?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (If yes, give proof)	Are you pregnant?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Do you have health insurance that covers family planning services?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
<ul style="list-style-type: none"> ● If yes: If we file a claim on your health insurance, will it cause you physical, emotional or other harm from your spouse, parents or other person?..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ○ If yes: Tell us why filing a claim with your health insurance would cause you harm. If you need to use extra pages, make sure each page has your name and Social Security number. 				

Tell us about everyone who lives in your home.

Do not re-enter facts about the woman listed above. Use extra pages if you run out of space.

Name (First, MI, Last)	Date of Birth (mm/dd/yyyy)	Social Security number*	Sex*	Race*	Relationship to you



Tell us about the money coming into your home (income). Be sure to tell us about (1) money everyone gets from training or work; (2) cash, gifts, loans or money from parents, relatives or others; (3) child support; and (4) unemployment or government checks. You need to give proof of the money each person gets.

Name of person who gets the money	Name of employer, person, or agency that gives or pays the money	How often is the money given or paid? (every week, every other week, twice per month, every month)	Amount paid or given

Tell us about costs everyone in your home pays for: (1) day care for children and adults, alimony, (2) court-ordered child support, or (3) getting your children to and from day care. You need to give proof of the money you pay for these costs.

How much do you pay?	How often do you pay? (every week, every other week, twice a month, every month)	Name, address and phone number of person you pay

If you are age 15, 16, or 17: A parent or legal guardian must apply for you. Tell us about one or both of your parents or your legal guardian here; they will be able to apply and renew these services for you and manage the YourTexasBenefits.com account for you.

Name (First, MI, Last)	Date of Birth (mm/dd/yyyy)	Social Security number*	Sex	Parent or Legal Guardian (pick one)
				<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian
				<input type="checkbox"/> Parent

By signing this, I agree and understand that:

- The facts I give on this form can be used to find out if I, or the person applying, can be in the Healthy Texas Women program. The facts given on this form will be checked by the Texas Health and Human Services Commission or other state agencies.
- The facts I give on this form are true and complete to the best of my knowledge. If they aren't, I know I might: (1) be charged with a crime and (2) have to pay for services.
- This form is not used to find out if I can get Medicaid, but I can apply for Medicaid at any time.

Signature of person renewing services
(If the person is age 15, 16, or 17, that person's parent or legal guardian must sign here.)

Date Signed

Signature — Witness
(Required if applicant signed with an "X")

Date Signed



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, P.O. Box 12887 Austin, TX 78711. Phone 1-800-252-8683.

Agency Use Only: Voter Registration Status

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

Agency staff signature: _____

Legal Information

Social Security numbers: You need to give us a Social Security number (SSN) for only the person who is renewing services. If you don't have an SSN, we can help you apply for one. Before you can get services, you must give us your SSN or be applying for one. We won't share your SSN with the Bureau of Citizenship and Immigration Service (formerly INS). You won't have to give an SSN for anyone living in your home who is not asking for services. (42 U.S.C. §405(a)(2)(C)(i))

We use SSNs to check the amount of money you get (your income) and the income of people living in your home. We also use these numbers to verify facts about you through other agencies (such as the Texas Workforce Commission, the Social Security Administration, the Internal Revenue Service, credit reporting agencies), and to get back services you were not supposed to get. We may also share SSNs with phone and electric utility companies to help them find out if they can lower your bills. We also may share SSNs with other groups to see if you can get other services or benefits based on need.

Important Information for Former Military Service Members

Women and men who served in any branch of the United States Armed Forces, including Army, Navy, Marines, Air Force, Coast Guard, Reserves or National Guard may be eligible for additional benefits and services. For more information, please visit the Texas Veterans Portal at <https://veterans.portal.texas.gov>.

Race, ethnicity and sex: We ask you to tell us about your race/ethnic background and sex (gender) but you don't have to give those facts to us. The same goes for people living in your home. We use those facts to make sure services are approved without regard to race, color, or national origin. Whether you give us those facts or not, it will not affect our decision on whether you can get services or how much you get in services or benefits.

Discrimination: In accordance with state law and regulation, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, disability, or religion. If you feel you have been discriminated against, you may contact HHSC Civil Rights by writing to: HHSC, Director, HHSC Civil Rights Office, 701 W. 51st St., Suite 104, MC W-206, Austin, TX, 78751. Or you can call 1-888-388-6332 (voice) or 1-512-438-2960 (TDD).

Legal guardian: A legal guardian is a person who has been appointed by a judge to take care of a child younger than age 18.

Immigration: You don't have to give us facts about immigration status for anyone living in your home who isn't asking for services. You can apply and get services or benefits for eligible family members, even if you have people living in your home who are not eligible because of immigration status. If you or members of your family use Medicaid, the Children's Health Insurance Program (CHIP) or SNAP food benefits, it will not affect you or your family members' immigration status or ability to get a green card. If you or your family members use long-term institutional care, such as a nursing home, their immigration status could be affected. Talk to an agency that helps immigrants with legal questions before you apply. Only refugees and people granted asylum can use any services or benefits, including cash assistance, without hurting their chances of getting a green card or U.S. citizenship.



Items you can send as proof:

Immigration: Send copies of one of the following to show proof of immigration status: (1) an alien registration card or (2) a document from the Bureau for Citizenship and Immigration Services (formerly INS).

Citizenship: Send copies of one of the following: (1) a U.S. passport, (2) a Certificate of Naturalization, or (3) a Certificate of U.S. Citizenship. If you don't have one of those, send us copies of: (1) a birth certificate and (2) current driver's license with photo or ID card with photo. For people born in Texas, we might be able to get the birth certificate electronically and you won't need to provide it. Call 2-1-1 or 1-877-541-7905 (after picking a language, press 2) to learn about other forms that can show proof of citizenship. You don't have to prove citizenship for anyone living in your home who isn't asking for renewing services.

WIC: Send copies of one of the following: (1) WIC Verification of Certification letter or (2) active WIC voucher / EBT Shopping List.

Money everyone in your home gets (income): Send copies such as: (1) pay stubs, (2) copy of checks, (3) statement from employer, (4) self-employment records, (5) statement from the person who gives the money -- the statement should include that person's name, address, phone number, signature, and date.

Cost everyone in your home pays (expenses): Send proof such as: (1) copies of checks, (2) check stubs, (3) copy of district clerk record, (4) statement from the person you pay -- the statement should include that person's name, address, phone number, signature, date and when and how often you are paid.

Copy all items of proof and fax them with this form to 1-866-993-9971 (toll-free).

Or you can mail this form and all items of proof to:

Healthy Texas Women
PO Box 149021
Austin, TX 78714-9021

Questions? Call us toll free at 2-1-1 or 1-877-541-7905 (after you pick a language, press 2). You can call Monday to Friday, 8 a.m. to 6 p.m. Central Time.

Solicitud para el Programa Healthy Texas Women
El programa Healthy Texas Women ofrece servicios como exámenes médicos para la mujer, pruebas preventivas y control de la natalidad.



Llene esta solicitud usted misma, es decir, la persona que solicita los servicios.

Nombre *	Apellido *	Inicial	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social	Agency Use Only/ Sólo para uso del departamento Date Received
Dirección de su casa - Calle *		Ciudad *		Código postal	Condado

Escriba su dirección postal abajo si es diferente a la dirección de su casa. Si escribe una dirección postal, le enviaremos las cartas sobre su caso a esta dirección y no a la de su casa.

Dirección postal - Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Número de teléfono al que podemos llamar para hablar sobre su caso o beneficios. Código de área y número de teléfono	Número de licencia de manejar o de identificación:	¿A cuál grupo étnico pertenece? (No tiene que contestar.) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No Hispano		

Si no es hispana, ¿cuál es su raza? (No tiene que contestar.)
 Indio americano o nativo de Alaska Negro o afroamericano Blanco Asiático Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico No se

¿Es ciudadana de los Estados Unidos? Sí No (Si contesta "Sí", dé pruebas)
 ¿Es inmigrante legal? Sí No (Si contesta "Sí", dé pruebas)
 ¿Alguien en su casa recibe beneficios de WIC ahora? Sí No (Si contesta "Sí", dé pruebas)
 ¿Está embarazada? Sí No

¿Tiene seguro médico que cubre servicios de planificación familiar? Sí No
 o **Si contesta "Sí"**: Si presentamos una reclamación de pago a su seguro médico, ¿le provocará daño físico, emocional o de otro tipo por parte de su esposo, sus padres u otra persona? Sí No
 o **Si contesta "Sí"**: Díganos por qué le causaría daño si presentamos una reclamación de pago a su seguro médico. Si necesita más páginas, asegúrese de que cada página tenga su nombre y número de Seguro Social.

Díganos sobre todas las personas que viven en su casa.

No vuelva a llenar los datos de la mujer que se menciona arriba. Use páginas adicionales si necesita más espacio.

Nombre(primer, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social*	Sexo*	Raza*	Relación con usted

Díganos sobre el dinero que reciben en la casa (ingresos). Asegúrese de mencionar: (1) el dinero que todos reciben por capacitación o trabajo; (2) el dinero en efectivo, regalos, préstamos o cualquier dinero de padres, familiares u otras personas; (3) la manutención de niños; y (4) los cheques de desempleo o del gobierno. Tiene que dar prueba del dinero que recibe cada persona.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre del empleador, la persona o la agencia que da o paga el dinero	¿Cada cuánto se da o paga el dinero? (cada semana, cada quincena, dos veces al mes o cada mes)	Cantidad pagada o recibida

Díganos los gastos de todas las personas en la casa que pagan por: (1) cuidado de niños y de adultos, pensión alimenticia, (2) manutención de niños ordenada por la corte, o (3) transporte de ida y vuelta de sus hijos al cuidado de niños. Tiene que dar prueba de estos gastos.

¿Cuánto paga?	¿Cada cuánto lo paga? (cada semana, cada quincena, dos veces al mes o cada mes)	Nombre, dirección y número de teléfono de la persona a la que le paga

Si tiene 15, 16 o 17 años: Uno de sus padres o su tutor **deben** hacer la solicitud en su nombre. Denos los datos de uno de sus padres, de los dos o de su tutor en este espacio; ellos podrán solicitar y renovar servicios en su nombre y manejar su cuenta de en su nombre.

Nombre(primer, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social*	Sexo*	Marque donde corresponda (elegir uno)
				<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor
				<input type="checkbox"/> Padre



Con mi firma en el presente documento, estoy de acuerdo con lo siguiente y entiendo que:

- La información que he dado en esta solicitud puede ser usada para determinar si yo, o la persona que está solicitando los servicios, puede ser parte del programa Healthy Texas Women. La información dada en esta forma será verificada por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas o por otras agencias estatales.
- La información que he dado en esta solicitud es verdadera y completa hasta donde yo sé. Si no lo es, sé que podría: (1) ser acusada de un delito (2) tener que pagar yo misma por los servicios.
- Esta solicitud no se usará para determinar si puedo recibir beneficios de Medicaid, pero yo puedo solicitar servicios de Medicaid en cualquier momento.

Firma de la persona que solicita los servicios
(Si la persona tiene 15, 16 o 17 años, uno de sus padres o su tutor deben firmar aquí).

Fecha en
que se firmó

Firma del testigo (debe aparecer si la
solicitante firmó con una "X").

Fecha en
que se firmó

Registrarse para votar:

Solicitar registrarse o declinar registrarse para votar no afectará el monto de la ayuda que usted recibirá de esta agencia.

Si no se ha registrado para votar en donde vive, ¿le gustaría solicitar su registro para votar aquí, en este momento? Sí No

SI NO MARCA NINGUNO DE LOS CUADROS, SE CONSIDERARÁ QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Si necesita ayuda para llenar la solicitud de registro para votar, nosotros le ayudaremos. Usted decide si busca o acepta nuestra ayuda. Puede llenar la solicitud en privado. Si piensa que alguien ha obstaculizado su derecho a registrarse o a declinar registrarse para votar, o su derecho a escoger su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja por escrito a esta dirección: Elections Division, Secretary of State, P.O. Box 12887, Austin, TX 78711. O bien, puede llamar al teléfono: 1-800-252-8683.

Solo para uso del departamento Voter Registration Status

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

Agency staff signature: _____

Información legal

* **Números de Seguro Social:** Tiene que darnos únicamente el número de Seguro Social (SSN) de la persona que está solicitando los servicios. Si no tiene un SSN, podemos ayudarle a que solicite uno. Para poder recibir servicios, debe darnos su SSN o solicitar que le den uno. No compartiremos su SSN con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (anteriormente conocida como INS). No tendrá que dar el SSN de nadie que esté viviendo en su casa y que no esté solicitando servicios. (42 U.S.C. §405(a)(2)(C)(i))

Usamos los números de SSN para verificar la cantidad de dinero que recibe (sus ingresos) y los ingresos de las personas que viven en su casa. Además, usamos estos números para verificar información sobre usted a través de otras agencias (como la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos y agencias de informes crediticios), y para recuperar servicios que usted no debería recibir. También podríamos compartir números de SSN con compañías de teléfono y de luz para ayudarlos a determinar si podrían reducir lo que usted paga por los servicios. También podríamos compartir números de SSN con otros grupos para ver si puede obtener otros servicios o beneficios con base en sus necesidades.

* **Raza, origen étnico y sexo:** Le pedimos que nos diga su raza y origen étnico, así como su sexo (género), pero no es obligatorio darnos esa información. Lo mismo aplica para las personas que viven en su casa. Usamos esta información para asegurarnos de que los servicios se aprueben independientemente de la raza, el color o el origen étnico. El hecho de que usted nos dé o no esta información no afectará nuestra decisión de si usted puede recibir los servicios ni la cantidad de servicios o beneficios que usted reciba.

Discriminación: En conformidad con las leyes y regulaciones estatales, está prohibido que esta institución discrimine con base en la raza, el color, el país de procedencia, el sexo, la edad, discapacidad o religión. Si siente que ha sido discriminada, puede ponerse en contacto con Derechos Civiles de HHSC, escribiendo a esta dirección: HHSC, Director, HHSC Civil Rights Office, 701 W. 51st St., 104, MC W-206, Austin, TX 78751. O bien, puede llamar al 1-888-388-6332 (voz) o al 1-512-438-2960 (para personas con problemas auditivos).

Tutor: Un tutor es una persona designada por un juez para hacerse cargo de alguien menor de 18 años.

Inmigración: No tiene que darnos información sobre el estatus migratorio de alguien que viva en su casa y que no esté solicitando servicios. Usted puede solicitar y obtener servicios o beneficios para miembros de su familia que sean elegibles, aun si hay alguien viviendo en su casa que no es elegible debido a su estatus migratorio. Si usted o algún miembro de su familia es usuario de Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o los beneficios de alimentos de SNAP, esto no lo afectará a usted ni al estatus migratorio de los miembros de su familia, ni afectará su capacidad de obtener una tarjeta de residente o tarjeta verde. Si usted o algún miembro de su familia están usando atención institucional a largo plazo, como la de una casa de reposo, su estatus migratorio podría verse afectado. Hable con alguien en una agencia de ayuda para inmigrantes que pueda contestar preguntas legales antes de hacer su solicitud. Solamente los refugiados y las personas a quienes se les ha concedido asilo pueden usar todos los servicios o beneficios, entre ellos ayuda en efectivo, sin poner en riesgo sus probabilidades de obtener una tarjeta de residente o la ciudadanía de los EE.UU.

Documentos que puede enviar como comprobantes:

Inmigración: Envíe copias de alguno de los siguientes documentos para comprobar su estatus migratorio: (1) tarjeta de registro como extranjero (2) un documento de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (conocida anteriormente como INS).

Ciudadanía: Envíe copias de alguno de los siguientes documentos: (1) pasaporte de los Estados Unidos; (2) acta de naturalización; o (3) acta de ciudadanía de los Estados Unidos. Si no tiene alguno de estos, envíe copias de: (1) un acta de nacimiento y (2) licencia de conducir vigente y con fotografía o una tarjeta de identificación con fotografía. Para las personas nacidas en Texas, es posible que podamos obtener el acta de nacimiento por medios electrónicos y que usted no tenga que dárnosla. Llame al 2-1-1 o al 1-877-541-7905 (después de escoger un idioma, oprima el 2) para obtener información sobre otras formas de comprobar la ciudadanía. Usted no tiene que comprobar la ciudadanía de alguien que viva en su casa y no esté solicitando servicios.

WIC: Envíe copias de alguno de los siguientes documentos: (1) carta de verificación de certificación de WIC o (2) cupón o lista de compra de EBT que estén activos

El dinero que cada miembro de su familia recibe (ingresos): Envíe copias de: (1) recibos de sueldo; (2) copias de cheques; (3) una declaración de la persona o compañía para la que trabaja; (4) registros como trabajador independiente; (5) una declaración de la persona que da el dinero; la declaración debe incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono y la firma de esa persona, así como la fecha.

El dinero que cada miembro de su familia paga (gastos): Envíe comprobantes como: (1) copias de cheques, (2) talones de cheques; (3) copia de registros del secretario de su distrito; (4) una declaración de la persona a la que usted le paga; la declaración debe incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono y la firma de esa persona, así como la fecha y la frecuencia con la que usted hace ese pago

**Saque copias de todos los comprobantes y envíelos por fax junto con esta solicitud al 1-866-993-9971 (sin costo).
También puede enviar por correo esta solicitud y todos los comprobantes a:**

**Healthy Texas Women
PO Box 149021
Austin, TX 78714-9021**