

**HIDALGO COUNTY HEALTH AND HUMAN SERVICES
COUNTY INDIGENT HEALTH CARE PROGRAM**

1304 S. 25th Avenue
Edinburg Texas 78542
(956) 318-2011

Office Fax (956) 318-2019 or (956) 318-2018

Edinburg Health Clinic

3105 East Richardson (Schunior) Rd
Edinburg, TX 78539
(956) 318-2087
(956) 383-3478 Fax

Mission Health Clinic

211 North Schuerbach Rd
Mission, TX 78572
(956)581-8596
(956)581-9459 Fax

Weslaco Health Clinic

1901 North Bridge
Weslaco, TX 78596
(956) 969-4700
(956) 969-8268 Fax

Pharr Health Clinic

300 West Hall Acres
Pharr, TX 78577
(956) 784-3580
(956) 787-1254 Fax

Eligibility Supervisor

Petra Rubio
(956) 784-3580 ext. 2632

Edinburg Regional Medical Center

1102 West Trenton Rd.
Edinburg, TX 78541
(956) 388-6704
(956) 388-6025 Fax

McAllen Medical Center

301 West Expressway 83
McAllen, TX 78503
(956) 971-5645
(956) 971-5839 Fax

Mission Hospital

906 South Bryan Rd. Suite #103
Mission, TX 78572
(956) 323-1980
(956) 323-1937 Fax

Knapp Medical Center

1401 East 8th Street
Weslaco, TX 78596
(956) 969-5587
(956) 969-5338 Fax

Rio Grande Regional Hospital

222 East Ridge Suite #118
McAllen, TX 78503
(956) 632-6586
(956)632-6555 Fax

Doctor's Hospital @ Renaissance

5501 S. McColl Rd Pediatric MidTower
Edinburg, TX 78542
(956) 362-5566
(956) 362-2478 Fax



Hidalgo County Health and Human Services Department

1304 S. 25th Street • Edinburg, Texas 78539
Tel: (956) 318-2011 • Fax: (956) 318-2019
318-2018 (Billing)

Iván Meléndez, M.D., M.B.A.
Health Authority / Chief Physician

Eduardo Olivarez
Chief Administrative Officer

Applicant for Health Care Assistance,

Please complete the *Application for Health Care Assistance* (Form 100). Please fill in all the questions to the best of your ability. If you do not understand a question please ask for assistance.

In order to verify your income you **must** submit the last four (4) paycheck documents. If you are issued an appointment with an Eligibility Worker you must bring the four most recent paycheck documents. If you do not have proof of income you **must** submit Form 128 *Employment Verification*. If you are self-employed, you **must** submit a *Statement of Self-Employment Income* (Form HS-200) with income records for the last 2 months. **NO EXCEPTIONS**

In addition to the above, the following information needs to be provided with your application:

- Social security card and birth certificates for applicant and all household members
- Drivers license, Picture ID, voter registration card, etc. (must have a picture)
- Proof of residence/monthly expenses: light bill, water bill, telephone bill, property tax receipt, etc. (all receipts for the expenses listed on the monthly expense form)
- Proof of resources: cash on hand, Certificate of Deposits, Checking Accounts, Insurance Settlements, Lawsuit Settlements, Livestock, Lump Sum Payments, Notes, Bonds, Stocks, Prepaid Burial Insurance, Real Estate (excluding homestead), Retirement (including IRAs), Savings Accounts, Vehicles, Other Resources
- Proof of assistance: Lone Star (food stamps), Medicaid/Medicare, TANF, CHIPS, etc.

Please make sure that all the information is included with your application. Incomplete applications will not be processed until all documents are submitted. Intentional withholding of information can result in the recovery of any loss by repayment or by filing civil or criminal charges.

Once you have completed the application and provided the requested documents please submit it to the Eligibility Clerk or mail it to the above address.

Thank you!

	Edinburg Clinic	Mission Clinic	Weslaco Clinic	Pharr Clinic
Phone:	(956) 318-2087	(956) 581-8596	(956) 969-4700	(956) 784-3580
Fax:	(956) 383-3478	(956) 581-9459	(956) 969-8268	(956) 787-1254



Hidalgo County Health and Human Services Department

1304 S. 25th Street • Edinburg, Texas 78539
Tel: (956) 318-2011 • Fax: (956) 318-2019
318-2018 (Billing)

Iván Meléndez, M.D., M.B.A.
Health Authority / Chief Physician

Eduardo Olivarez
Chief Administrative Officer

Solicitante de Asistencia de Atención Médica,

Porfavor llene la solicitud de Asistencia de Atención Médica (Forma 100). Favor de contestar todas las preguntas y si no entiende alguna pregunta de la solicitud por favor pida asistencia.

Para poder verificar sus ingresos usted debe de proporcionar los ultimos cuatro talons de cheque ó si no tiene los últimos cuatro talons entonces porfavor entregue la forma 128 Verificación de Empleo. Si se le da una cita para ser entrevistado usted debe de traer a la cita los ultimos cuatro talons de cheque mas recientes a la cita aunque usted ya alla entregado los talons ó forma de verificacion de empleo previamente. Si usted tiene su negocio propio ó trabaja para si mismo favor de entregar la forma HS- 200 declaración de ingresos del negocio propio de los ultimos 2 meses. **NINGUNAS EXCEPCIONES**

Aparte de la informacion indicada en la parte superior tambien necesitamos la siguiente informacion con su solicitud:

- Actas de Nacimiento y numeros sociales de todos los miembros de su hogar
- Licencia para conducir, identificación con foto, certificado de registro electoral, etc. (documento debera tener su fotografia)
- Comprobantes de su residencia y de los gastos mensuales como un recibo de luz, agua, teléfono, recibo del pago de los impuestos de su propiedad, etc. (todos los recibos que comprueben los gastos anotados en la forma que indica sus gastos mensuales)
- Comprobantes de todos sus recurso como dinero en efectivo, certificados de deposito, estados de cuentas bancarias (cheques, ahorros), dinero de algun seguro ó de alguna demanda, ganado, dinero recibido en suma total, notas del ahorro, bonos, acciones en algun empresa ó negocio, seguro prepagado para entierro, bienes y raíces, plan de pensiones, vehículo, etc.
- Comprobantes de beneficios de Medicaid/Medicare, TANF, CHIPS, Lone Star (Estampillas para comida),etc.

Por favor asegurese de que toda la información sea incluida en su solicitud. Solicitudes que no esten completas no seran procesadas hasta que no se reciba toda la información. Si usted retiene información deliberadamente usted podría dar lugar a la recuperación de pérdidas por medio de la devolución de pagos ó de la presentación de cargos criminales en su contra.

Una vez que usted llene completamente la solicitud y propocione los documentos requeridos porfavor entregue todo la información a la recepcionista ó envíela a la dirección indicada en la parte superior de esta carta.

Gracias.

	Edinburg Clinic	Mission Clinic	Weslaco Clinic	Pharr Clinic
Phone:	(956) 318-2087	(956) 581-8596	(956) 969-4700	(956) 784-3580
Fax:	(956) 383-3478	(956) 581-9459	(956) 969-8268	(956) 787-1254

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/Sí <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?	Are you a sponsored alien? ¿Es usted un extranjero patrocinado?
				MYSELF 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/Sí 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
Soy dueño de mi casa o la estoy comprando | <input type="checkbox"/> Live in a house provided by someone else
Vivo en una casa ajena | <input type="checkbox"/> No permanent residence
No tengo residencia permanente |
| <input type="checkbox"/> Live with someone else
Vivo con otra persona | <input type="checkbox"/> Rent House/Apartment
Rento una casa o apartamento | <input type="checkbox"/> Jail
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," ¿quien? _____

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; 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; 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 may 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, el cónyuge también puede firmar 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

APPLICATION FOR HEALTH CARE ASSISTANCE**SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA**

The County Indigent Health Care Program (CIHCP) helps people pay for needed health care. Whether you can get this help depends on your income, what you own, where you live, other help you receive or could receive, and other items. Be sure to:

- 1.) Complete your name and address;
- 2.) Sign and date Page 3 of the application; and
- 3.) Answer as many questions as you can on this application.

Turn in or mail back your application today even if you cannot answer all the questions.

YOUR RESPONSIBILITIES

You may be asked to bring proof of what you write on your application or what you tell the person interviewing you. If you need help getting proof, the person interviewing you will help. Examples of some of the items you may be asked to prove and documents you can use for proof are:

Where You Live and Plan To Continue Living

Possible Proof: Mail that you received at your address; school records; voting records; property tax, rent or mortgage receipts; Texas driver's license; other official identification.

What You Own and What It Is Worth

Possible Proof: Property tax appraisals, estimates from car dealers, ads selling similar items, statements from real estate agents, bank statements.

Your Income

Possible Proof: Pay check stubs, pay checks, W-2 tax forms or income tax returns, sales records, statements from employers, award letters, legal documents, statements from persons giving you money.

Other Health Care Coverage

Possible Proof: Award or claim letters, insurance policies, court documents, other legal papers.

Information on social security numbers should be given if this information is available. Information on sex (Male/Female) is voluntary. These types of information will not affect your eligibility.

You must give information about health care insurance and any other third party financially liable for health care services paid by the county for yourself and members of your household. By signing and submitting this application, you are agreeing to give the county the right to recover the cost of health care services provided by the county from any third party.

You may be asked to apply for Medicaid, Temporary Assistance for Needy Families (TANF), or Supplemental Security Income (SSI) benefits. If you are asked to apply for one of these programs or have applied but are waiting for an answer, your CIHCP application may be pended until you are determined ineligible for the other program. If you are not eligible for these other programs, if you have answered all the questions on the application, and if you have given all the proof asked for, your application can be processed. Then, the CIHCP must determine if you are eligible within 14 days.

After turning in your application, you must report within 14 days any changes in your address, income, resources, people living with you, or application for or receipt of Medicaid, TANF, or SSI.

El Programa de Atención Médica para Indigentes del Condado (CIHCP) ayuda a la gente a pagar los servicios médicos que necesita. La elegibilidad para esta ayuda depende de los ingresos del solicitante, sus posesiones, el lugar donde vive, otra ayuda que recibe o que podría recibir, y otras consideraciones. Asegúrese de:

- 1.) Poner su nombre y dirección;
- 2.) Firmar y fechar la tercera página de la solicitud; y
- 3.) Contestar tantas preguntas que pueda sobre esta solicitud.

Entregue su solicitud, o échela al correo, hoy mismo aun si no ha podido contestar todas las preguntas.

SUS RESPONSABILIDADES

Puede que le pidan pruebas de lo que escriba en su solicitud o de lo que diga en su entrevista. Si necesita ayuda para obtener las pruebas, la persona que le haga la entrevista le puede ayudar. Estos son algunos ejemplos de información que puede que tenga que probar y de documentos que le puede servir de prueba:

El Lugar Donde Vive O Donde Tiene Su Hogar Permanente

Posibles Pruebas: Correo que recibió en esa dirección; expedientes de la escuela; registros de votante; recibos de impuestos, renta o hipoteca; la licencia para manejar de Tejas; otra identificación oficial.

Las Posesiones Que Tiene Y Cuanto Vale Cada Una

Posibles Pruebas: El avalúo para impuestos sobre la propiedad, avalúos hechos por vendedores de carros, anuncios de la venta de artículos parecidos, declaraciones de agentes que venden propiedades, estado de cuentas del banco.

Los Ingresos Que Tiene

Posibles Pruebas: Talones del cheque de paga, cheque de paga, comprobante de salarios e impuestos (Forma W-2), declaración de impuesto federal, el historial de ventas, declaraciones de empleadores, carta de concesión, documentos legales, declaraciones de personas que le dan dinero.

Otra Cobertura Para Gastos Médicos

Posibles Pruebas: Cartas de reclamación o de concesión, pólizas de seguros, papeles de la corte u otros documentos legales.

Si tiene a su disposición los números de seguro social, debe darlos. La información sobre el sexo (Hombre/Mujer) es voluntaria. Esta información no afectará su elegibilidad.

Debe dar información sobre seguros médicos y de cualquier tercero que tenga la responsabilidad de pagar los servicios médicos pagados por el condado en beneficio de usted y miembros de la unidad familiar. Al firmar y presentar esta solicitud, usted se compromete a darle al condado el derecho de recuperar el costo de servicios de un tercero.

Pueden pedirle que solicite Medicaid, Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF), o Seguridad de Ingreso Suplemental (SSI). Si le han pedido que solicite beneficios de alguno de estos programas o si usted ya los solicitó y está esperando la respuesta, su solicitud de CIHCP puede ser detenida hasta que decidan que no es elegible para los programas mencionados. Si no es elegible para estos programas, si ha contestado todas las preguntas de la solicitud, y si ha dado todos los comprobantes que piden, ya pueden procesar su solicitud. Entonces, el CIHCP tiene un plazo de 14 días para determinar su elegibilidad.

Después de entregar su solicitud, usted debe reportar dentro de un plazo de 14 días cualquier cambio de dirección, ingreso, recursos, el número de personas que viven con usted, o si solicita o recibe Medicaid, TANF, o SSI.



Hidalgo County Health and Human Services Department

1304 S. 25th Street • Edinburg, Texas 78539
 Tel: (956) 318-2011 • Fax: (956) 318-2019
 318-2018 (Billing)

Iván Meléndez, M.D., M.B.A.
 Health Authority / Chief Physician

Eduardo Olivarez
 Chief Administrative Officer

MONTHLY EXPENSES - GASTOS MENSUALES

Rent / Mortgage - Renta / Hipoteca	\$
Home Insurance - Seguro de Casa	\$
Property Taxes - Impuestos (terreno)	\$
Utilities (light) - Servicios Publicos (luz)	\$
Utilities (water) - Servicios Publicos (agua)	\$
Utilities (propane) - Servicios Publicos (propano)	\$
Utilities (Trash Pick up) - Servicios Publicos (basura)	\$
Telephone (Home/Cell) - Telefono	\$
Cable - Cable (Dish Network, Directv)	\$
Loans - Prestamos	\$
Credit Cards - Tarjeta de Credito	\$
Car Payments - Pago de Auto	\$
Car Insurance - Seguro de Auto	\$
Gasoline - Gasolina	\$
Childcare - Guarderia	\$
Child Support - Manotension	\$
Furniture - Pago de Muebles	\$
Life Insurance - Seguro de Vida	\$
Medical Expenses - Gastos Medico	\$
Health Insurance - Seguro Medico	\$
Food - Alimentos	\$
Household Necessities - Necesidades de casa	\$
TOTAL	\$

By signing this form I affirm that the above information is true and correct to the best of my knowledge. I understand that by giving false information and or omitting information that I may be subject to criminal prosecution under the Texas Penal Code.

Comprendo que con mi firma en esta forma yo confirmo que la informacion fijada es verdadera y completa. Comprendo que por pronunciar informacion falsa u omitir informacion soy sujeto a prosecucion criminal bajo el Sistema Penal de Texas.

Signature - Firma
 Revised December 2013

Date - Fecha



Hidalgo County Health and Human Services Department

1304 S. 25th Street • Edinburg, Texas 78539
Tel: (956) 318-2011 • Fax: (956) 318-2019
318-2018 (Billing)

Iván Meléndez, M.D., M.B.A.
Health Authority / Chief Physician

Eduardo Olivarez
Chief Administrative Officer

Statement of Self-Employment Income

Declaracion De Ingresos Del Negocio Proprio

Date/Fecha	Income/Ingresos	\$

Date/Fecha	Income/Ingresos	\$

Total Income/Ingresos

Expenses/Gastos

Net Self-Employment Income/Ingresos Netos del Negocio

The above information is true, correct and complete to the best of my knowledge. I understand that giving false information to the county could result in my being disqualified for fraud.

Segun mi leal saber y entender, toda esta informacion es cierta, correcta y completa. Comprendo que si doy informacion falsa al condado puedo ser descalificado por fraude.

Signature - Firma _____

Date - Fecha _____

**COUNTY INDIGENT HEALTH CARE PROGRAM
EMPLOYMENT VERIFICATION**

Date/Fecha	Case Record No./Núm de Caso
Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono	
Fax:	

Employee	Social Security Number

This individual is a member of a household applying for health care assistance from the County Indigent Health Care Program. To determine this household's eligibility, it is necessary to verify all earnings. Since this individual is/was/will be your employee, your help is needed.

Please completely and accurately provide the information requested on the back of this letter. If a question does not apply, mark it N/A. After you complete this form, give it to your employee, mail it in the envelope provided, or fax it to the number listed above.

This information is needed by **this date:** _____. If you could send it before this date, it would be most appreciated.

Thank you for helping. If you have questions, please feel free to call.

I give my permission to release the information requested on this form.	
Yo doy mi permiso para que mi empleador dé la información que se pide en esta forma.	
_____	_____
Signature / Firma	Date / Fecha

Comments: _____
