

**FOR OFFICIAL USE ONLY/ PARA USO OFICIAL SOLAMENTE**

This is an Official Government Record. Untrue and incomplete information given on this form may and probably will result in In Criminal Action being taken under Section 31.04, 37.10, or other portions of the Texas Penal Code.

*Este es un documento Oficial del Gobierno. Información incompleta o incorrecta dada en esta forma puede y probablemente resulte En Acción Criminal bajo Sección 31.04, 37.10, o en otra porción del código Penal de Texas.*

MRN: \_\_\_\_\_  New Member/Nuevo miembro  Renewal/Renovando

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Address/Dirección: \_\_\_\_\_

Telephone/ Teléfono: \_\_\_\_\_ Date of Birth/ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Medicare Number/ Numero de Medicare: \_\_\_\_\_

Spouse Name/Nombre de esposo(a): \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Do you or anyone living with you have or:	¿Usted o alguien que vive con usted tiene o:	Yes/Sí	No/No
qualify for Medicare – Part A?	califica para Medicare – Parte A?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Part B?	Parte B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Part D?	Parte D?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qualify for Medicaid?	califica para Medicaid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qualify for any health insurance?	califica para cualquiera seguro medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qualify for V.A. medical benefits?	califica para beneficios de los veteranos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qualify for Victims of Crime?	califica para victimas de un crimen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qualify for any prescription coverage?	califica para cualquiera cobertura de medicinas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Within the last 12 months, have you or anyone living with you:</b>	<b>¿Durante los últimos 12 meses, usted o alguien que vive con usted:</b>		
filed for bankruptcy?	declare banca rota?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
injured in an accident? Police Case #: _____	sufrió un accidenté? Numero del caso de policía: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Within the last 12 months, have you or anyone living with you transferred, sold or given away:</b>	<b>¿Durante los últimos 12 meses, usted o alguien que vive con usted traspaso, vendió o regalo:</b>		
a business?	un negocio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
property, land, etc. ?	alguna propiedad, terreno, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Expenses/ Gastos:

**What are your total monthly expenses? / ¿Qué es el total de sus costos mensuales?**

	<u>Household/ Casa</u>	<u>Business/ Negocio</u>
Rent/Mortgage <i>Renta/Pago de casa</i>	_____	_____
Utilities (water, electricity) <i>Servicios (agua, luz)</i>	_____	_____
Food <i>Comida</i>	_____	_____
Car/House Insurance <i>Seguro de Auto/Casa</i>	_____	_____
Car Payment <i>Pago de Auto</i>	_____	_____
Medical Expenses <i>Gastos Medicos</i>	_____	_____
Loans/Credit Cards <i>Tarjetas de Credito/Prestamos</i>	_____	_____
Other—Explain: _____ <i>Otra—Explique: _____</i>	_____	_____

**Income and Resources/ Ingresos y Recursos:**

Please list your total **monthly income** for you and your spouse (if married and living together).  
*Por favor indique sus **ingresos mensuales** para usted y su cónyuge (si están casados y viven juntos).*

Wages/Salary (before taxes)/ <i>Ganancias (antes del impuestos)</i>	<input type="checkbox"/> None/Ninguno	\$ _____
Average Self-Employment Income/ <i>Promedio de ingresos de negocio propio</i>	<input type="checkbox"/> None/Ninguno	_____
Social Security/ <i>Seguro Social</i>	<input type="checkbox"/> None/Ninguno	\$ _____
Railroad Retirement/ <i>Retiro Ferroviario</i>	<input type="checkbox"/> None/Ninguno	\$ _____
Unemployment Benefits/ <i>Beneficios de desempleo</i>	<input type="checkbox"/> None/Ninguno	_____
Workman's Comp/ <i>Compensación de trabajadores</i>	<input type="checkbox"/> None/Ninguno	\$ _____
Other pensions or annuities/ <i>otras pensiones o anualidades</i>	<input type="checkbox"/> None/Ninguno	\$ _____
<input type="checkbox"/> Veterans/ <i>Veteranos</i>	<input type="checkbox"/> None/Ninguno	_____
Other income/ <i>Otro ingreso:</i>	<input type="checkbox"/> None/Ninguno	\$ _____
<input type="checkbox"/> Alimony/ <i>Pensión alimenticia</i>		\$ _____
<input type="checkbox"/> Child Support/ <i>Sostenimiento para niños</i>		_____
<input type="checkbox"/> Family Assistance/ <i>Asistencia de la familia</i>		\$ _____
Rental Property/ <i>Propiedad de renta</i>	<input type="checkbox"/> None/Ninguno	_____

Please enter the **money value amounts** of bank accounts, investments or cash that both you and your spouse (if married and living together) own.  
*Por favor indique el **valor total (monetaria)** de las cuentas bancarias, inversiones o dinero en efectivo que usted y su cónyuge (si están casados y viven juntos) poseen.*

Bank accounts (checking, savings, certificates of deposit)	<i>Cuentas bancarias (cheques, ahorros y certificados de deposito)</i>	<input type="checkbox"/> None/Ninguno	\$ _____
Investments (Stocks, bonds, savings bonds, mutual funds, IRAs)	<i>Inversiones (Acciones, bonos, bonos de ahorros, fondos mutuos, IRAs)</i>	<input type="checkbox"/> None/Ninguno	\$ _____
Any other cash at home or anywhere else	<i>Cualquier otro dinero en efectivo en la casa u otro lugar</i>	<input type="checkbox"/> None/Ninguno	\$ _____
Any real estate property	<i>Cualquier otra propiedad</i>	<input type="checkbox"/> None/Ninguno	\$ _____
If self-employed, what are your expected yearly earnings?	<i>Si usted trabaja por cuenta propia ¿Cuanto espera que sean sus ingresos?</i>	<input type="checkbox"/> None/Ninguno	\$ _____

I certify under penalty of perjury that the information I have provided on this form is true and complete to the best of my knowledge, including information about income of each household member. I understand that giving wrong or misleading information could result in being required to pay back the University Health System-CareLink for any benefits issued incorrectly and/or be prosecuted.

*Yo certifico bajo pena de perjurio que la información proporcionada en esta forma es cierta y completa con lo mejor de mi conocimiento incluyendo información de ingresos de cada uno de los miembros de mi casa. Yo comprendo que dando información falsa o engañosa puede resultar en que me pedan que pague al University Health System-CareLink por los beneficios que recibí sin tener derecho a ellos y/o pueden acusarme ante la corte.*

\_\_\_\_\_  
Signature/ *Firma*

\_\_\_\_\_  
Date/ *Fecha*