



Income & Resources/ *Ingresos y Recursos*

This is an Official Government Record. Untrue and incomplete information given on this form may and probably will result 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: _____ Social Security Number/ Numero de Seguro Social: _____

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?	<i>califica para Medicare – Parte A?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Part B?	<i>Parte B?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Part D?	<i>Parte D?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qualify for Medicaid?	<i>califica para Medicaid?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qualify for any health insurance?	<i>califica para cualquiera seguro medico?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qualify for V.A. medical benefits?	<i>califica para beneficios de los veteranos?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qualify for Victims of Crime?	<i>califica para victimas de un crimen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qualify for any prescription coverage?	<i>califica para cualquiera cobertura de medicinas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Within the last 12 months, have you or anyone living with you:	<i>¿Durante los últimos 12 meses, usted o alguien que vive con usted:</i>		
injured in an accident? Police Case #: _____	sufrió un accidenté? Numero del caso de policía: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Expenses/ Gastos:

What are your total monthly expenses? / ¿Qué es el total de sus gastos 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>	_____	_____
• Cell phone <i>Teléfono celular</i>	_____	_____
• Cable <i>Cable</i>	_____	_____
• Medical Expenses <i>Gastos Médicos</i>	_____	_____
• Loans/Credit Cards <i>Tarjetas de Crédito/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	_____

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*