

**Coastal Health & Wellness**  
**Application for Discounted Services**  
 Aplicación de Servicios de Descuento

**Applicant Information / Información del Solicitante**

<b>Applicant's Name (Last, First, Middle)</b> Nombre del solicitante (Apellido, Primero, Segundo)	<b>Phone Numbers</b> Número de Teléfono  _____ <b>Home / Número de Casa</b>  _____ <b>Cell / Celular</b>	<b>Emergency Contact</b> Contacto de Emergencia  _____ <b>Name / Nombre</b>  _____ <b>Phone # / Número de Teléfono</b>		
<b>Do you use another name?</b> ¿Utiliza otro nombre (apellido anterior, apodo)	<b>Marital Status</b> Estado Civil <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed Soltero   Casado   Divorciado   Viudo	<b>Email Address</b> Correo Electrónico		
<b>Mailing Address (Street or P.O. Box)</b> Dirección de envío (Calle o P.O Box)	<b>City</b> Ciudad	<b>County</b> Condado	<b>State</b> Estado	<b>ZIP</b> Zona Postal
<b>Physical Address</b> Dirección Física	<b>City</b> Ciudad	<b>County</b> Condado	<b>State</b> Estado	<b>ZIP</b> Zona Postal

**Household Information / Información del Hogar**  
 Household includes: Applicant Patient, Spouse (including same-sex marriage recognized by U.S. Jurisdictions), Children up to age 18 or up to age 21 if a high school or college student, Elderly patients that are dependent on their children for support and are claimed as a dependent on their income taxes.  
 Hogar incluye: Paciente/solicitante, cónyuge (incluyendo el matrimonio entre personas del mismo sexo reconocidas por jurisdicciones de Estados Unidos), Niños hasta los 18 años o hasta 21 años si están en la escuela secundaria o estudiantes universitarios, Pacientes de edad avanzada que dependen de los hijos para el apoyo y son reclamados como dependiente en sus impuestos.

**Fill in line (1) with your information. Fill in the remaining lines for those who live in the household for which you are legally responsible.**  
 Llene la primera línea con Información acerca de usted mismo. Llene las líneas restantes acerca de todos que viven con usted, y es legalmente responsable.

Name (Last, First, Middle) Nombre (Apellido, Primera, Segundo)	Relationship to you? ¿Cuál es la relación a usted?	Date of Birth Fecha de nacimiento	Age Edad	Sex Sexo	Race Raza	Ethnicity Etnicidad	SSN Number Número de Seguro Social
(1)	<b>Self</b> Yo mismo						
(2)							
(3)							
(4)							
(5)							
(6)							

<b>Race / Raza</b>  <b>W</b> -White/Blanca <b>B</b> -Black/Negro <b>A</b> -Asian/Asiática <b>OPI</b> -Other Pacific Islander/otras islas del Pacífico  <b>MOR</b> -More Than One Race/Más De Una Raza <b>U</b> -Unreported/Unknown/No Declarada/Desconocida <b>NH</b> -Native Hawaiian/Nativo de Hawái <b>NA</b> -American Indian/Alaskan Native/ Los Indios Americanos / Nativos de Alaska	<b>Ethnicity / Etnicidad</b>  <b>LH</b> - Latino or Hispanic/ Latino ò Hispano <b>NH</b> - Not Hispanic/ No Hispano
---	--

**List All of the Household's Income below / Anote todos los ingresos de la unidad familiar por debajo :**

Name of Person Receiving Income Nombre de la persona que recibe ingresos	Source of the Income Fuente del Ingreso	Amount Received Cantidad Recibida	How often is the income received? (Daily, Weekly, Every two weeks, twice a month, monthly?) ¿Con qué frecuencia recibe el ingreso? (Diariamente, por semana, cada quincena, mensual)
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			

<b>Does anyone in the Household have Health Insurance?</b>	¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud?	<input type="checkbox"/> Yes/Sì <input type="checkbox"/> No/No	<b>Are you a Veteran?</b> <input type="checkbox"/> Yes/Sì <input type="checkbox"/> No/No ¿Eres un veterano?
--	---	---	--

Name of Person Insured Nombre de la persona que tiene seguro de salud	Name of Policy Holder Nombre del Titular de la Póliza	Name of Insurance Nombre de seguro	Policy Member ID Número de identificación del miembro de la póliza
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			
(5)			

The statement I have made, including my answers to all questions, are true and correct to the best of my knowledge and belief. I agree to give Coastal Health & Wellness staff any information necessary to prove statements about my eligibility. I understand that giving false information could result in disqualification and repayment. I agree to give CHW any information required to identify and locate all other sources of payment for health care services. I agree to report to CHW any changes in income, household size, address, phone number, or health care coverage within 14 days.

I 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 recertification for assistance; and that I may request, orally, or in writing, a fair hearing about actions affecting receipt of stopping assistance.

I understand that by signing this application, I am giving CHW the right to recover the cost of health care services provided by CHW from any third party. If I qualify for discounted services and it is later determined that the information or proof I provided on this application is false, I may lose my discount, may be barred from reapplying for six months, and may be required to repay CHW for any services rendered at 100% of cost. I understand that my failure to meet the obligations set forth may be considered willful withholding of information and can result in the recovery of any loss by repayment, or by filing criminal or civil charges against me.

La declaración que he hecho, incluyendo a mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas de acuerdo a mis conocimientos y cálculos. Estoy de acuerdo en dar al personal/empleados de la clínica de Coastal Health & Wellness (CHW) cualquier información necesaria para comprobar mis declaraciones sobre la elegibilidad. Entiendo que dar información falsa podría resultar en la descalificación y el reembolso. Estoy de acuerdo en dar CHW toda la información necesaria para identificar y localizar todas las otras fuentes de pago por los servicios de atención de salud. Estoy de acuerdo en informar a CHW cualquier cambio en los ingresos, tamaño del hogar, dirección, número de teléfono, o la cobertura de atención médica dentro de 14 días.

Entiendo que esta aplicación será considerada sin distinción de raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencia política; que puedo solicitar una revisión de la decisión tomada sobre mi solicitud o recertificación de asistencia; y que puedo pedir, oralmente o por escrito, una audiencia imparcial sobre las acciones que afectan a la recepción de detener la asistencia.

Entiendo que al firmar esta aplicación, estoy dando CHW el derecho a recuperar el costo de los servicios de salud prestados por CHW de cualquier tercero. Estoy de acuerdo en darle a CHW toda la información necesaria para identificar y localizar todas las fuentes de pago por los servicios de atención de salud. Si califico para servicios con descuento y se determina después de que la información o prueba que he proporcionado en esta solicitud es falsa, puedo perder mi descuento, puedo ser excluida de volver a aplicar durante seis meses, y puedo ser obligada a devolverle a CHW por los servicios prestados al 100% del costo. Entiendo que mi incumplimiento de las obligaciones establecidas se puede considerar la retención deliberada de información y puede dar lugar a la recuperación de las pérdidas por amortización, o mediante la presentación de cargos criminales o civiles en contra de mí.

**BEFORE YOU SIGN, BE SURE EACH ANSWER IS COMPLETE AND CORRECT  
ANTES DE FIRMAR, SEGÚRESE DE QUE CADA RESPUESTA ESTÁ COMPLETA Y CORRECTA**

**This is an Official Government Record. Untrue or 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 registro oficial del gobierno. Información falsa o incompleta dada en este formulario puede y probablemente resultará en acción legal en su contra bajo secciones 31.04, 37.10 o otras partes del código penal del Estado de Tejas).

\_\_\_\_\_  
**Signature Applicant**  
 Firma - Solicitante

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