

Galveston Area Ambulance Auth.

Application for Discounted Services

Aplicación de Servicios de Descuento

Applicant Information / Información del Solicitante							
Applicant's Name (Last, First, Middle) Nombre del solicitante (Apellido, Primero, Segundo)		Phone Numbers Número de Teléfono Home / Número de Casa Cell / Celular			Emergency Contact Contacto de Emergencia Name / Nombre Phone # / Número de Teléfono		
Do you use another name? ¿Utiliza otro nombre (apellido anterior, apodo)		Marital Status Estado Civil ☐ Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widowed ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo			Email Address Correo Electrónico		
Mailing Address (Street or P.O. Box) Dirección de envío (Calle o P.O Box)		City Ciudad	County Condado	State Estado	ZIP Zona Postal		
Physical Address Dirección Física		City Ciudad	County Condado	State Estado	ZIP 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)	Relationship to you?	Date of Birth	Age	Sex	Race	Ethnicity	SSN Number
Nombre (Apellido, Primera, Segundo)	¿Cuál es la relación a usted?	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Raza	Etnicidad	Número de Seguro Social
(1)	Self Yo mismo						
(2)							
(3)							
(4)							
(5)							
(6)							
Race / Raza W -White/Blanca B -Black/Negro A -Asian/Asiática OPI -Other Pacific Islander/otras islas del Pacífico						Ethnicity / Etnicidad MOR -More Than One Race/Más De Una Raza U -Unreported/Unknown/No Declarada/Desconocida NH -Native Hawaiian/Nativo de Hawái NA -American Indian/Alaskan Native/ Los Indios Americanos / Nativos de Alaska LH - Latino or Hispanic/ Latino ò Hispano NH - 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)			
Does anyone in the Household have Health Insurance?	¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud?	☐ Yes/Sì ☐ No/No	Are you a Veteran? ☐ Yes/Sì ☐ 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 Galveston Area Ambulance Authority (GAAA) 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 GAAA any information required to identify and locate all other sources of payment for health care services. I understand that this application will be considered without regard to race, color, religion, creed, national origin, age, sex, disability, or political belief; and that I may request a review of the decision made on my application. I understand that by signing this application, I am giving GAAA the right to recover the cost of health care services provided by GAAA 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 and may be required to repay GAAA 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 Galveston Area Ambulance Authority (GAAA) 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. Entiendo que esta aplicación será considerada sin distinción de raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencia política; y que puedo solicitar una revisión de la decisión tomada sobre mi solicitud o recertificación de asistencia. Entiendo que al firmar esta aplicación, estoy dando GAAA el derecho a recuperar el costo de los servicios de salud prestados por GAAA de cualquier tercero. Estoy de acuerdo en darle a GAAA 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, y puedo ser obligada a devolverle a GAAA 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 <u>Criminal Action</u> 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	
2 of 2			