

**COUNTY INDIGENT HEALTH CARE PROGRAM  
REQUEST FOR INFORMATION**  
PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA INDIGENTES DEL CONDADO  
SOLICITUD DE INFORMACIÓN

**RONALD WINEGARDNER**  
**P.O. BOX 922**  
  
**SUNRAY, TEXAS 79086**

Date/Fecha <u>01/10/12</u>	Case Record No./Núm de Caso
Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono MOORE COUNTY HOSPITAL DISTRICT P.O. BOX 420 DUMAS, TEXAS 79029 (806) 934-6003 OR (806) 934-6004	

N/A

**Your application for assistance is not complete. To determine your eligibility, we need the following additional information./Su solicitud de asistencia no está completa. Para determinar su elegibilidad, necesitamos la siguiente información.**

**ONLY THE CHECKED BOXES APPLY TO YOU./SOLAMENTE LAS CASILLAS MARCADAS SE APLICAN A SU CASO.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mail Addressed to You or Another Household Member<br>Correo Dirigido a Usted o a Otra Persona de su Casa                    | <input type="checkbox"/> Federal Income Tax Return<br>Declaración de los Impuestos Federales Sobre los Ingresos   |
| <input type="checkbox"/> Texas Driver's License or Other Official Identification<br>Licencia de Manejar de Texas u Otra Identificación Oficial       | <input type="checkbox"/> Self-Employment Bookkeeping, Sales, Expenditure Records<br>Comprobantes de Cuentas, Ventas, Gastos de Trabajo Independiente    |
| <input type="checkbox"/> Voter Registration Card<br>Certificado de Registro Electoral  | <input type="checkbox"/> Social Security Award Letter, Check, or Denial Notice<br>Cheque de Seguro Social o Carta Diciendo si se lo Van a Dar o No      |
| <input type="checkbox"/> Automobile Registration<br>Registro del Automóvil   | <input type="checkbox"/> Disability Insurance Award Letter or Check<br>Cheque de Seguro por Incapacidad or Carta Diciendo que Van a Dárselo             |
| <input type="checkbox"/> Notice of TANF, SNAP (Food Stamps), or Medicaid Benefits<br>Aviso de Beneficios de TANF, Estampillas para Comida o Medicaid | <input type="checkbox"/> Unemployment Compensation Award Letter or Check<br>Cheque de Compensación de Desempleo o Carta Diciendo que Van a Dárselo      |
| <input type="checkbox"/> Checking Account Statement<br>Estado de Cuenta de Cheques   | <input type="checkbox"/> Veterans Administration Award Letter or Check<br>Cheque de la Administración de Veteranos o Carta Diciendo que Van a Dárselo   |
| <input type="checkbox"/> Savings Account Statement<br>Estado de Cuenta de Ahorros  | <input type="checkbox"/> Worker's Compensation Award Letter or Check<br>Cheque del Seguro Obrero o Carta Diciendo que Van a Dárselo                     |
| <input type="checkbox"/> Paychecks or Paycheck Stubs<br>Cheques de Paga o Talones de Cheques de Paga   | <input type="checkbox"/> Verification of Application for Social Security or SSI<br>Verificación de Aplicación para Seguro Social o Seguridad de Ingreso |
| <input type="checkbox"/> Earnings Statement from Employer<br>Verificación de Sueldo Preparada por el Empleador                                       | <input type="checkbox"/> Verification of Application for Other Assistance Programs<br>Verificación de Aplicación para Otros Programas de Asistencia     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Other Items<br>Otra  |   |

APPOINTMENT SET UP WITH DR. MIGUEL ON JANUARY 26 @3:30 P.M.

*Any Questions Please Call me  
@ 934-6003*

**PLEASE RETURN THE ITEMS CHECKED ABOVE BY:**

HAGA EL FAVOR DE ENVIAR LOS DOCUMENTOS ENUMERADOS PARA EL:

N/A

**A decision about your eligibility will be made no later than 14 days after your application is complete, including all requested information. If we do not receive the information we need and you do not contact me, I will assume that you do not want assistance. Call me if you have any questions./Se tomará una decisión en cuanto a su elegibilidad a más tardar 14 días después de que tengamos su solicitud completa, incluyendo todas información pedidas. Si no recibimos la información que necesitamos y usted no se comunica conmigo, supondré que usted no quiere asistencia. Si tiene alguna pregunta, hábleme.**

Signature/Firma: *Rita Rodriguez*