



Insurance Premium Payment Assistance
PO Box 201120
Austin, TX 78720-9774

Certification Statement Instructions

At the beginning of every month, you must complete and submit the Certification Statement shown below. We must receive the Certification Statement no later than 90 days after the month in which you paid your premium.

We will process your repayment within 3 to 5 business days of receiving the Certification Statement. If you have any questions, call 800-440-0493.

Certification Statement

(Please print)

CSHCN Services Program Case Number(s):

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Client Name(s):

_____	_____	_____
_____	_____	_____

I certify that the medical premium amount paid is \$_____ for (month)_____,
(year) _____.

Signature:_____ Date:_____

Fax this to 866-409-1188 (toll-free) or mail it to:

Insurance Premium Payment Assistance
PO Box 201120
Austin, TX 78720-9774



Instrucciones de la Declaración de certificación

Al comienzo de cada mes, debe completar y enviar la Declaración de certificación que se muestra abajo. Debemos recibir la Declaración de certificación a más tardar 90 días después del mes en el que pagó su prima.

Procesaremos su pago dentro de 3 a 5 días hábiles después de recibir la Declaración de certificación. Si tiene alguna pregunta, llame al 800-440-0493.

Declaración de certificación

(Escriba en letra de molde)

Números de caso del programa de servicios de CSHCN:

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre del cliente:

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Certifico que la cantidad de la prima médica pagada es de \$_____ para
(mes)_____, (año) _____.

Firma:_____ Fecha:_____

Envíe esto por fax al 866-409-1188 (número gratis) o envíelo por correo a:

Insurance Premium Payment Assistance
PO Box 201120
Austin, TX 78720-9774