



TEXAS

Health and Human Services

Children with Special Health Care Needs Services

Solicitud de Prestaciones del Programa de Servicios para Niños con Necesidades Especiales de Salud

DATOS DEL SOLICITANTE

Llene los datos de la persona que requiere nuestra asistencia y escriba el nombre tal y como aparece en el documento comprobante de nacimiento.

Primer nombre: Segundo nombre: Apellido(s):

Mujer Hombre Núm de cliente CSHCN:

Fecha de nacimiento (MM/DD/AÑO): Núm. del Seguro Social:

Fecha de residencia en Texas: Si nació en Texas, escriba fecha de nacimiento; de lo contrario, la fecha en que se mudó a Texas.

Ciudadano estadounidense No ciudadano Inmigrante legal

Comprobante de fecha de nacimiento. Si tramita por primera vez, envíe uno de los siguientes documentos: acta de nacimiento, pasaporte, sentencia de adopción, identificación de Medicaid, tarjeta de CHIP, registro de nacimiento de hospital u organismo de salud pública, archivo del Censo de los Nativos Americanos, documentos de inmigración, archivos de paternidad de la Procuraduría General, archivos del Seguro Social, sentencias jurídicas o de pensión alimenticia a favor del hijo, constancias de estudios o de guardería (solicitar formulario en oficina regional).

DATOS DE CONTACTO

Domicilio:

Ciudad: Estado: Código postal:

Dirección postal (solo si es distinta al domicilio):

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono de casa: Teléfono de trabajo: Teléfono móvil:

Correo electrónico:

Comprobante de residencia. Es necesario que aparezca el nombre del padre o tutor legal y el domicilio que se proporciona en la sección "DATOS DEL SOLICITANTE", esté fechado y tenga validez a partir del plazo indicado. Envíe uno de los siguientes comprobantes admisibles:

- Recibo de servicios públicos fechado en los últimos 60 días
- Identificación o licencia de conducir de Texas vigente
- Registro de elector de Texas
- Recibo de pago de alquiler o hipoteca en los últimos 60 días
- Contrato de alquiler actual
- Identificación vigente de Medicaid
- Constancias de estudios del año escolar actual (solicitar formulario en oficina local)

Para aclarar dudas, marque 1-800-252-8023.

Instrucciones:

- 1. Conteste todas las secciones.
2. Escriba con letra de molde y tinta oscura.
3. Firme y escriba la fecha en la página 9.
4. Pida a su médico o dentista que llene el "Formulario de Evaluación del Médico o Dentista" (Formulario T-4, en inglés Physician Assessment Form).
5. Adjunte a la presente todos los documentos requeridos.
6. Entregue a la oficina regional o local del Programa de Servicios CSHCN (véase lista en página 12).

Para aclarar cualquier duda, contacte con la oficina local o marque el 1-800-252-8023.

Hay disponibilidad de servicio bilingüe sin costo.

PREFERENCIAS DE IDIOMA		
Idioma de su preferencia:	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español
Idioma de su preferencia para recibir correspondencia:	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español
DATOS DE INGRESOS		
Indique sus fuentes de ingresos según corresponda:		
<input type="checkbox"/> Sin ingresos		
<input type="checkbox"/> Empleo		
<input type="checkbox"/> Negocio propio o empleo por su cuenta		
<input type="checkbox"/> Subsidio de desempleo		
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (en inglés SSI). <i>Excluya ingresos del solicitante.</i>		
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia a favor del hijo		
<input type="checkbox"/> Pensión de veteranos de guerra (en inglés VA), de jubilación o de empresa ferroviaria		
<input type="checkbox"/> Dividendos o regalías		
<input type="checkbox"/> Propiedad de alquiler (renta)		
<input type="checkbox"/> Otra:		
Indique cada cuándo recibe ingresos:		
<input type="checkbox"/> Semanal		
<input type="checkbox"/> Bisemanal (cada dos semanas)		
<input type="checkbox"/> Bimensual		
<input type="checkbox"/> Mensual		
<input type="checkbox"/> Anual		

**Comprobantes de ingresos.** Es necesario enviar comprobantes por cada miembro del hogar con **responsabilidad legal** de la manutención del solicitante.

Son admisibles si están fechados en los últimos 60 días y ser uno de los siguientes:

- Nómina salarial (talón de pago);
- Carta firmada por empleadores
- Estado de cuenta bancaria donde aparezca depósito directo bancario de prestaciones;
- Cheque o carta de aprobación de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por sus siglas en inglés).
- Formulario 1028 de Medicaid;
- Carta de aprobación de subsidio de desempleo;
- Sentencia de divorcio, documento del Procurador General, cheque nulo (cancelado) con la cantidad de la pensión alimenticia; o
- Formulario de Verificación de Empleo de CSHCN (solicitar formulario en oficina regional).

Para aclarar dudas, marque 1-800-252-8023.

## DATOS DE MIEMBROS FAMILIARES

**Proporcione datos de cada miembro que resida en su hogar.**

Primer nombre:

Segundo nombre:

Apellido(s):

Fecha de nacimiento (MM/DD/AÑO):

Ciudadano estadounidense     No ciudadano     Inmigrante legal

¿Tiene responsabilidad legal del solicitante?

Sí

No

¿Actúa como representante legal del solicitante?

Sí

No

Parentesco con el  
solicitante:

Padre o tutor

Hermano

Cónyuge

Hijo

Cuidador

Otro:

Teléfono de casa:

Teléfono de trabajo:

Teléfono móvil:

Correo electrónico:

Indique fuentes de ingresos según corresponda:

Sin ingresos

Empleo

Negocio propio o empleo por su cuenta

Subsidio de desempleo

Seguridad de Ingreso Suplementario (en inglés SSI). *Excluya ingresos del solicitante.*

Pensión alimenticia a favor del hijo

Pensión de veteranos de guerra (en inglés VA), de jubilación o de empresa ferroviaria

Dividendos o regalías

Propiedad de alquiler (renta)

Otra:

Indique cada cuándo recibe ingresos:

Semanal

Bisemanal (cada dos semanas)

Bimensual

Mensual

Anual

<b>DATOS DE FAMILIAR ADICIONAL</b>		
Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido(s):
Fecha de nacimiento (MM/DD/AÑO):		
<input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Inmigrante legal		
¿Tiene responsabilidad legal del solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Actúa como representante legal del solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Parentesco con el solicitante:	<input type="checkbox"/> Padre o tutor <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Otro:	
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo:	Teléfono móvil:
Correo electrónico:		
Indique fuentes de ingresos según corresponda:		
<input type="checkbox"/> Sin ingresos <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Negocio propio o empleo por su cuenta <input type="checkbox"/> Subsidio de desempleo <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (en inglés SSI). <i>Excluya ingresos del solicitante.</i> <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia a favor del hijo <input type="checkbox"/> Pensión de veteranos de guerra (en inglés VA), de jubilación o de empresa ferroviaria <input type="checkbox"/> Dividendos o regalías <input type="checkbox"/> Propiedad de alquiler (renta) <input type="checkbox"/> Otra:		
Indique cada cuándo recibe ingresos:		
<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal (cada dos semanas) <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		

<b>DATOS DE FAMILIAR ADICIONAL</b>		
Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido(s):
Fecha de nacimiento (MM/DD/AÑO):		
<input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Inmigrante legal		
¿Tiene responsabilidad legal del solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Actúa como representante legal del solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Parentesco con el solicitante:	<input type="checkbox"/> Padre o tutor <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Otro:	
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo:	Teléfono móvil:
Correo electrónico:		
Indique fuentes de ingresos según corresponda:		
<input type="checkbox"/> Sin ingresos <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Negocio propio o empleo por su cuenta <input type="checkbox"/> Subsidio de desempleo <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (en inglés SSI). <i>Excluya ingresos del solicitante.</i> <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia a favor del hijo <input type="checkbox"/> Pensión de veteranos de guerra (en inglés VA), de jubilación o de empresa ferroviaria <input type="checkbox"/> Dividendos o regalías <input type="checkbox"/> Propiedad de alquiler (renta) <input type="checkbox"/> Otra:		
Indique cada cuándo recibe ingresos:		
<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal (cada dos semanas) <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		

<b>DATOS DE FAMILIAR ADICIONAL</b>		
Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido(s):
Fecha de nacimiento (MM/DD/AÑO):		
<input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense <input type="checkbox"/> No ciudadano <input type="checkbox"/> Inmigrante legal		
¿Tiene responsabilidad legal del solicitante?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Actúa como representante legal del solicitante?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Parentesco con el solicitante:	<input type="checkbox"/> Padre o tutor <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Otro:	
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo:	Teléfono móvil:
Correo electrónico:		
Indique fuentes de ingresos según corresponda:		
<input type="checkbox"/> Sin ingresos <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Negocio propio o empleo por su cuenta <input type="checkbox"/> Subsidio de desempleo <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (en inglés SSI). <i>Excluya ingresos del solicitante.</i> <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia a favor del hijo <input type="checkbox"/> Pensión de veteranos de guerra (en inglés VA), de jubilación o de empresa ferroviaria <input type="checkbox"/> Dividendos o regalías <input type="checkbox"/> Propiedad de alquiler (renta) <input type="checkbox"/> Otra:		
Indique cada cuándo recibe ingresos:		
<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal (cada dos semanas) <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		

**Si necesita más espacio para otros miembros del hogar,  
agregue fotocopias de esta página.**

## DATOS DE PRESTACIONES DE SALUD

<input type="checkbox"/> El solicitante no cuenta con prestaciones o servicios médicos o dentales.	
<input type="checkbox"/> El solicitante sí cuenta con cobertura, especificada a continuación:	
<b>El solicitante cuenta con cualquier plan de Medicaid:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Núm. de Medicaid:	Medicaid incluye los programas SNAP (estampillas), TANF, Medicaid Buy-In para Niños, entre otros.
<b>El solicitante cuenta con CHIP:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Núm. de CHIP:	Fecha de efecto (¿cuándo empezó?):
Nombre del proveedor médico:	Nombre del proveedor dental:
<b>El solicitante cuenta con Medicare Parte A:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Núm. de Medicare (HICN):	Fecha de efecto (¿cuándo empezó?):
<b>El solicitante cuenta con Medicare Parte B:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha de efecto (¿cuándo empezó?):	
<b>El solicitante cuenta con Medicare Parte C:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha de efecto (¿cuándo empezó?):	
<b>El solicitante cuenta con Medicare Parte D:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha de efecto (¿cuándo empezó?):	
<b>El solicitante cuenta con cualquier tipo de Medigap o cobertura suplementaria de Medicare:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Núm. de identificación de miembro:	Nombre del plan:
Fecha de efecto (¿cuándo empezó?):	Teléfono:

Lea con atención la **Declaración de Cobertura de Salud** antes de firmar la página 9.

DATOS DE SEGURO PRIVADO	
<b>El solicitante cuenta con seguro privado:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
La póliza de seguro cubre gastos médicos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
La póliza de seguro cubre medicamentos con receta: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Proveedor de seguro:	Teléfono del proveedor:
Núm. del miembro o póliza de seguro:	Fecha de efecto (¿cuándo empezó?):
Nombre del miembro o titular de la póliza de seguro:	Núm. del Seguro Social del miembro o titular:
Nombre del empleador:	Teléfono del empleador:
Prima mensual:	
¿Requiere asistencia para pagar la prima mensual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**Comprobantes de seguro.** Es necesario enviar fotocopia de la tarjeta de identificación (frente y dorso) o carta oficial **por cada póliza de seguro o plan de salud.**

La presente solicitud se considera **incompleta sin:**

- Comprobantes de fecha de nacimiento (únicamente si solicita por primera vez)
- Comprobantes de residencia
- Comprobantes de ingresos de todos los familiares adultos
- Comprobantes de todas las coberturas médicas y dentales del solicitante.
- Su firma en la siguiente página
- Formulario de Evaluación del Médico o Dentista fechado y firmado

**AVISO DE PRIVACIDAD**

Salvo algunas excepciones, usted tiene el derecho a solicitar y a acceder a la información que el Estado de Texas reúne sobre su persona, así como de revisarla y recabar la rectificación de datos erróneos de la entidad estatal correspondiente.

(Código Gubernamental, Secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

**DECLARACIÓN DE COBERTURA DE SALUD**

CERTIFICO y HAGO CONSTAR que el solicitante no cuenta con cobertura de salud salvo aquella listada en la secciones “DATOS DE PRESTACIONES DE SALUD” y “DATOS DE SEGURO PRIVADO”.

AUTORIZO al programa el cobro a las fuentes de cobertura de salud aquí listadas por cualquier servicio prestado.

**AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

AUTORIZO al Departamento Estatal de Salud de Texas la divulgación de información clínica con la finalidad de determinar y mantener vigente la elegibilidad del solicitante y coordinar sus servicios de salud.

**ENTIENDO QUE**

La presente solicitud es un documento legal y que, por medio de mi firma, CERTIFICO que los datos aquí recabados son verídicos y precisos hasta donde llega mi conocimiento.

La presente solicitud será denegada en caso de que se considere incompleta.

**En el caso de que admitamos al solicitante, usted tendrá la responsabilidad de renovar a tiempo la solicitud para mantener vigente su elegibilidad en el programa.**

<b>X</b>		
	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA (MM/DD/AÑO)</b>

# Estas dos páginas indican sus derechos y deberes. Usted tiene que leer y entenderlos.

## Estos son sus derechos:

- Tiene el derecho a saber toda la información que recopilamos sobre usted.
- Tiene el derecho a que se le dé esta información si usted la pide.
- Tiene el derecho a revisarla.
- Tiene el derecho a pedirnos que corrijamos cualquier cosa que sea incorrecta.
- Entiende que el sitio Web [www.dshs.state.tx.us/policy/privacy.shtm](http://www.dshs.state.tx.us/policy/privacy.shtm) le indicará cómo mantendremos privada su información.
- Tiene el derecho a ser tratado con justicia e igualdad, y sin considerar la raza, el color, el credo, la religión, el país de origen, el sexo, la edad, las creencias políticas o la discapacidad.
- Comprende que este tratamiento será congruente con las leyes federales y estatales. Si usted considera que no le hayan tratado con justicia e igualdad, puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-800-368-1019.
- Comprende que todo lo que usted escriba en la solicitud de nuestro programa no se compartirá con el Servicio de Renta Interna (IRS) ni con los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (anteriormente, el Servicio de Inmigración y Naturalización o INS).
- Tiene el derecho a usar el proceso de apelación cuando no esté de acuerdo con una decisión que hagamos referente a usted.
- Tiene el derecho a recibir una respuesta a sus apelaciones en tiempo oportuno.
- Tiene el derecho a dos tipos de apelaciones: **la revisión administrativa** y **la audiencia imparcial**. (Vea la columna al lado).

### Revisión administrativa

Esta clase de apelación es una manera a través de la cual usted nos diga las razones por las cuales cree que debemos cambiar una de nuestras decisiones sobre su caso. Debe pedir una revisión dentro de los **30 días** de la fecha que aparece en la carta que indique nuestra decisión. Debe declarar en su petición la razón por la cual no está de acuerdo con nuestra decisión. Asegúrese de incluir cualquier cosa o comprobante que cree que respalde lo que afirma en su petición.

Puede pedir una revisión por enviar un fax al (512) 776-7238, o por enviar una petición por escrito al:

*CSHCN Services Program Administrative Review  
Purchased Health Services Unit, MC 1938  
P.O. Box 149347  
Austin, Texas 78714-9347*

Le enviaremos una carta después de terminar nuestra revisión. La carta le informará de nuestra decisión. Si no está de acuerdo con esa decisión, tiene el derecho a pedir una audiencia imparcial.

### Audiencia imparcial

Puede pedir una audiencia imparcial cuando no está de acuerdo con nuestra decisión después de la revisión administrativa. Debe pedir una audiencia durante los **20 días después** de la fecha en la carta que le informa de nuestra decisión de la revisión administrativa. Si usted no pide una audiencia dentro de esos 20 días, renunciará su derecho a la audiencia y nuestra decisión de la revisión administrativa será definitiva.

Si usted pide una audiencia, debe declarar las razones por las cuales no está de acuerdo con nuestra decisión. Asegúrese de incluir cualquier cosa o comprobante que cree que respalde lo que afirma en su petición.

Puede representarse a sí mismo, o contar con un abogado u otro portavoz en la audiencia. Puede pedir una audiencia imparcial por enviar un fax al (512) 776-7238, o por enviar una petición por escrito al:

*CSHCN Services Program Fair Hearing  
Purchased Health Services Unit, MC 1938  
P.O. Box 149347  
Austin, Texas 78714-9347*

## Estos son sus deberes:

Sus deberes son las cosas que usted tiene que hacer como cliente de nuestro programa. Indicamos los tipos de deberes en las listas a continuación.

### Referente a esta solicitud:

- Debe poner en esta solicitud solamente información verdadera, correcta y completa.
- Debe contestar todas las preguntas de esta solicitud.
- No debe ocultar ninguna de la información que requiere la solicitud.
- Debe darnos cualquier prueba que pidamos. Podemos pedirle que nos dé una prueba de cualquier cosa que usted ponga en la solicitud.
- Debe renovar su solicitud a nuestro programa puntualmente cada seis meses, aun si usted está en la lista de espera. "Puntualmente" significa al más tardar la fecha cuando vence su elegibilidad.
- Debe informarnos sobre cualquier cambio de sus datos personales dentro de 30 días del cambio. Dichos datos incluyen su dirección, número de teléfono, ingresos, cobertura de seguro médico y situación familiar. **No** debe esperar hasta su próxima solicitud para actualizar estos datos si cambian.

### Referente al reglamento de nuestro programa:

- Entiende que el reglamento de nuestro programa describe todos sus derechos y deberes.
- Entiende que le daremos una copia del reglamento si usted nos la pide.
- Acepta seguir nuestro reglamento por completo.

### Referente al lugar donde vive:

- Debe tener la intención de continuar viviendo en Texas.
- No debe afirmar ser residente de otro estado o país.
- Entiende que no podemos pagar por los servicios para una persona que viene a Texas solamente para recibir atención médica.

### Referente a cómo obtener servicios:

- Debe recibir servicios de doctores y otras personas que forman parte de nuestro programa.
  - Puede obtener servicios de otras personas si lo desea, pero no podemos pagar esos servicios.

### Referente a otro seguro que tenga:

- Entiende que solamente pagaremos los servicios que reciba **después de** que todo otro seguro o programas de atención médica que usted tenga hayan negado pagarlos.
- Entiende que la ley estatal podría permitir que nos paguen directamente a nosotros sus prestaciones de seguro. En ese caso, su compañía de seguro médico puede reembolsarnos directamente por cualquier atención que hayamos pagado.
- Entiende que cuando usted firme esta solicitud del cliente, declara que:
  - podemos recaudar los pagos de cualquier prestación de seguro médico destinada a usted, y
  - su compañía de seguros puede pagar a sus proveedores de atención médica directamente por los servicios que usted reciba a través de nuestro programa.
- Acepta reembolsarnos si en algún momento usted recibe dinero a través de una demanda que pague algunos servicios que ya hayamos pagado.

### Referente al dinero que nos deba:

- Entiende que si alguna vez le pagamos de más o por error, usted **tiene que** devolver el dinero que nos deba.
- Nos pagará dentro de un tiempo razonable después de que le digamos que nos debe el dinero.
- Entiende que podemos cobrar la cantidad que nos deba del dinero que le paguemos en un futuro.
- Debe devolver el dinero aun si usted no es cliente de nuestro programa o deja de ser parte de nuestro programa.
- Usted o sus herederos pagarán la cantidad total que nos deba en un solo pago si usted ya no es parte de nuestro programa.

## OFICINA REGIONALES Y LOCALES

El Programa de Servicios CSHCN presta servicios gratuitos de administración de casos a todo solicitante. Nuestros asistentes sociales ayudan a familias necesitadas a acceder servicios médicos y escolares, equipo y útiles médicos, entre otros recursos. Contacte con la oficina más cercana para acceder al servicio de administración de casos.

### Región 1

---

#### 1C - Canyon (subregional)

300 Victory Dr.  
WTAMU Station (dirección física)  
PO Box 60968  
WTAMU Station (dirección postal)  
Canyon, TX 79016  
**Teléfono:** 1-806-477-1109 ó 1-806-655-7151  
**Fax:** 1-806-655-6448

#### 1L - Lubbock (regional)

6302 Iola Ave.  
Lubbock, TX 79424 -2721  
**Teléfono:** 1-806-744-3577 ó 1-806-783-6452  
**Fax:** 1-806-783-6455

### Región 2

---

#### 2A - Abilene

**Teléfono:** 1-325-795-5869

### Región 3

---

#### 3 - Arlington (regional)

1301 South Bowen Road, Suite 200  
Arlington, TX 76013 -2262  
**Teléfono:** 1-817-264-4634 ó 1-817-264-4619  
**Fax:** 1-817-264-4911

#### Bonham

**Teléfono:** 1-903-486-9258

#### Granbury

**Teléfono:** 1-817-579-2117

#### Denton

**Teléfono:** 1-940-320-8275 ó  
1-888-456-2770, Ext. 287

#### Mockingbird

**Teléfono:** 1-214-819-6749

#### Rockwall

**Teléfono:** 1-972-772-1780

## OFICINA REGIONALES Y LOCALES

El Programa de Servicios CSHCN presta servicios gratuitos de administración de casos a todo solicitante. Nuestros asistentes sociales ayudan a familias necesitadas a acceder servicios médicos y escolares, equipo y útiles médicos, entre otros recursos. Contacte con la oficina más cercana para acceder al servicio de administración de casos.

### Región 4

---

#### 4/5N - Tyler (regional)

2521 West Front Street  
Tyler, TX 75702 -7822  
**Teléfono:** 1-903-533-5269  
**Tel. gratuito:** 1-877-340-8842  
**Fax:** 1-903-535-7593

#### Athens

708 East Corsicana  
Athens, TX 75751  
**Teléfono:** 1-903-675-9107  
**Fax:** 1-903-675-3622

#### Carthage

1430 South Adams  
Carthage, TX 75633  
**Teléfono:** 1-903-693-9322  
**Tel. gratuito:** 1-800-306-0568  
**Fax:** 1-903-694-2316

#### Gilmer

324 Yapaco  
Gilmer, TX 75644  
**Teléfono:** 1-903-843-3030  
**Fax:** 1-903-843-4264

#### Henderson

700 Zeid Blvd.  
Henderson, TX 75652  
**Teléfono:** 1-903-655-6256  
**Tel. gratuito:** 1-800-306-0568  
**Fax:** 1-903-655-0104

#### Linden

213 Hwy 8 N  
Linden, TX 75563  
**Teléfono:** 1-903-756-4807  
**Fax:** 1-903-756-5146

#### Longview

1750 North Eastman Road  
Longview, TX 75601 -3347  
**Teléfono:** 1-903-232-3221 ó 1-903-232-3289  
**Tel. gratuito:** 1-866-327-1364  
**Fax:** 1-903-232-3278

#### Mineola

714 Greenville Hwy  
Mineola, TX 75773  
**Teléfono:** 1-903-569-8164  
**Tel. gratuito:** 1-866-518-0601  
**Fax:** 1-903-569-6243

#### Marshall

4105 Victory Drive  
Marshall, TX 75670  
**Teléfono:** 1-903-927-0218  
**Tel. gratuito:** 1-866-327-1364  
**Fax:** 1-903-927-0290

#### Mount Pleasant

1014 North Jefferson  
Mount Pleasant, TX 75455  
**Teléfono:** 1-903-577-1929 ó 1-903-575-1138  
**Tel. gratuito:** 1-866-268-6465  
**Fax:** 1-903-577-8957

#### Palestine

330 E. Spring Street, Suite D  
Palestine, TX 75801  
**Teléfono:** 1-903-661-6089  
**Fax:** 1-903-729-7034

#### Paris

1460 19th Street NW  
Paris, TX 75460  
**Teléfono:** 1-903-737-0236  
**Fax:** 1-903-737-0330

#### Sulphur Springs

1400 College, Suite 167  
Sulphur Springs, TX 75482  
**Teléfono:** 1-903-439-9331  
**Tel. gratuito:** 1-866-518-0601  
**Fax:** 1-903-439-9335

#### Texarkana

3115 South Lake Drive, Suite 120  
Texarkana, TX 75501  
**Teléfono:** 1-903-791-3229  
**Fax:** 1-903-791-3238

## OFICINA REGIONALES Y LOCALES

El Programa de Servicios CSHCN presta servicios gratuitos de administración de casos a todo solicitante. Nuestros asistentes sociales ayudan a familias necesitadas a acceder servicios médicos y escolares, equipo y útiles médicos, entre otros recursos. Contacte con la oficina más cercana para acceder al servicio de administración de casos.

### Región 5 Norte

---

#### Center

912 Nacogdoches  
Center, TX 75935  
**Teléfono:** 1-936-598-1231  
**Fax:** 1-936-591-0162

#### Crockett

1034 South Fourth Street  
Crockett, TX 75835  
**Teléfono:** 1-936-544-4734  
**Fax:** 1-936-544-0280

#### Jasper

##### Jasper-Newton County Public Health District

139 West Lamar  
Jasper, TX 75951  
**Teléfono:** 1-409-384-6829, Ext. 231  
**Fax:** 1-409-384-7861

#### Kirbyville

314 North Herndon (dirección física)  
Kirbyville, TX 75956  
**Teléfono:** 1-409-423-7544  
**Fax:** 1-409-423-4027

#### Livingston

410 East Church Street, Suite B  
Livingston, TX 77351  
**Teléfono:** 1-936-328-8240, Ext. 232  
**Tel. gratuito:** 1-888-851-4748  
**Fax:** 1-936-328-8249

#### Lufkin

1210 South Chestnut  
Lufkin, TX 75901  
**Teléfono:** 1-936-633-3657, 936-633-3769, ó  
1-936-633-3730  
**Tel. gratuito:** 1-877-340-8840  
**Fax:** 1-936-633-3667

#### Nacogdoches

2614 N.W. Stallings Drive  
Nacogdoches, TX 75964-1255  
**Teléfono:** 1-936-569-4918  
**Fax:** 1-936-569-4924

### Regiones 6 & 5 Sur

---

#### 6/5S - Houston (regional)

5425 Polk Avenue, Suite J  
Houston, TX 77023 -1497  
**Teléfono:** 1-713-767-3111  
**Fax:** 1-713-767-3125

## OFICINA REGIONALES Y LOCALES

El Programa de Servicios CSHCN presta servicios gratuitos de administración de casos a todo solicitante. Nuestros asistentes sociales ayudan a familias necesitadas a acceder servicios médicos y escolares, equipo y útiles médicos, entre otros recursos. Contacte con la oficina más cercana para acceder al servicio de administración de casos.

### Region 7

---

#### 7T - Temple

2408 South 37th Street  
Temple, TX 76504 -7168

**Teléfonos:**

254-771-6774

254-771-6738

**Recepción:** 254-778-6744

**Tel. gratuito:** 1-800-789-2865

**Fax:** 1-254-773-2722

#### 7A - Austin

1601 Rutherford Lane, Suite C-3  
Austin, TX 78754 -5119

**Teléfonos:**

1-512-873-6315

254-771-6738

**Tel. gratuito:** 1-800-789-2865

**Fax:** 1-512-873-6345

### Región 8

---

#### 8 - San Antonio

7430 Louis Pasteur Drive  
San Antonio, TX 78229 -4507

**Teléfono:** 1-210-949-2142 ó 210-949-2155

**Fax:** 1-210-949-2047

#### Eagle Pass

1593 Veterans Boulevard  
Eagle Pass, TX 78852

**Teléfono:** 1-830-758-4254 ó 1-830-758-4252

**Fax:** 1-830-773-4688

#### Victoria

2306 Leary Lane  
Victoria, TX 77901

**Teléfono:** 1-361-574-7421

**Fax:** 1-361-574-7396

## OFICINA REGIONALES Y LOCALES

El Programa de Servicios CSHCN presta servicios gratuitos de administración de casos a todo solicitante. Nuestros asistentes sociales ayudan a familias necesitadas a acceder servicios médicos y escolares, equipo y útiles médicos, entre otros recursos. Contacte con la oficina más cercana para acceder al servicio de administración de casos.

### Regiones 9 & 10

---

#### 9/10 - El Paso

401 East Franklin, Suite 210  
El Paso, TX 79901-1206  
**Teléfono:** 1-915-834-7675  
**Fax:** 1-915-834-7808

#### Midland

2301 N Big Spring Street, Suite 300  
Midland, TX 79705  
**Teléfono:** 1-432-683-9492  
**Fax:** 1-432-684-3932

#### San Angelo

622 South Oakes, Suite H  
San Angelo, TX 76903  
**Teléfono:** 1-325-659-7853  
**Fax:** 1-915-655-6798

### Región 11

---

#### 11H - Harlingen

601 West Sesame Drive  
Harlingen, TX 78550 -4040  
**Teléfono:** 1-956-423-0130  
**Fax:** 1-956-444-3293

#### Alice

408 N. Flournoy, Suite C  
Alice, TX 78332  
**Teléfono:** 1-361-660-2263  
**Fax:** 1-361-668-4000

#### 11C - Corpus Christi

5155 Flynn Pkwy.  
Corpus Christi, TX 78411  
**Teléfono:** 1-361-878-3450  
**Fax:** 1-361-883-4414

#### 11L - Laredo

1500 Arkansas Avenue, Suite 3  
Laredo, TX 78043 -3049  
**Teléfono:** 1-956-794-6385  
**Fax:** 1-956-729-8600

#### 11M - McAllen

4501 West Business Hwy 83  
McAllen, TX 78501 -9907  
**Teléfono:** 1-956-971-1373  
**Fax:** 1-956-971-1275

#### Mercedes

202 West 2nd Street  
Mercedes, TX 78570  
**Teléfono:** 1-956-825-5310  
**Fax:** 1-956-825-5320

#### Brownsville

1000 W. Price Road  
Brownsville, TX 78520  
**Teléfono:** 1-956-554-5500  
**Fax:** 1-956-554-5581

#### Rio Grande City

608 N. Garza  
Rio Grande City, TX 78582  
**Teléfono:** 1-956-487-5556  
**Fax:** 1-956-487-8865