

Application for Texas Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program

Print in blue or black ink only.

GET HIPP

Step 1. Tell us about the person in your family who can get health insurance at work (or another place).		
First name	Last name	
Medicaid ID number (if this person has one)	Social Security number _____ - _____ - _____	Date of birth ____ / ____ / ____
Address	City _____ State _____	ZIP _____
E-mail	Best phone number to call	

Step 2. Tell us about the health insurance or COBRA benefits the person in Step 1 can get. (COBRA is a type of health insurance you can get if you leave a job where you had a health plan.)		
Health insurance company name	Insurance company address	
Policy ID number	Group number	Policy start date ____ / ____ / ____ (We only need this if you already get insurance.)
Monthly insurance premium	Is this COBRA insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Step 3. Tell us about the employer or other place that offers the health insurance or COBRA.		
Employer or company name	Phone	
Address	City _____ State _____	ZIP _____

Step 4. Tell us the Medicaid case number for your family. (This number is found on your Medicaid ID card.)
Medicaid case number

Step 5. List the family members who get Medicaid.		
1. First name	Last name	Date of birth ____ / ____ / ____
Medicaid ID number	Is this person pregnant? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, what is the due date? ____ / ____ / ____	
2. First name	Last name	Date of birth ____ / ____ / ____
Medicaid ID number	Is this person pregnant? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, what is the due date? ____ / ____ / ____	
3. First name	Last name	Date of birth ____ / ____ / ____
Medicaid ID number	Is this person pregnant? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, what is the due date? ____ / ____ / ____	
4. First name	Last name	Date of birth ____ / ____ / ____
Medicaid ID number	Is this person pregnant? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, what is the due date? ____ / ____ / ____	

Step 6. Send us your forms.	
Send us this form filled out. We also need your employer's Summary of Benefits and Rate Sheet . If you already get insurance, send us a copy of your insurance card .	Fax them for faster service: 1-866-220-5613. OR Mail them to us at the address below.

Solicitud para el Programa de pago de seguro médico privado de Texas (HIPP por sus siglas en inglés)

PONTE HIPP

Complete en letra de molde y solamente con tinta negra o azul.

Paso 1. Díganos acerca de la persona de su familia que puede obtener seguro médico a través de su trabajo (u otro lugar).		
Nombre	Apellido	
Número de identificación de Medicaid (si esta persona tiene Medicaid)	Número de seguro social _____ - _____ - _____	Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Dirección	Ciudad	Estado Código postal
Dirección de correo electrónico	El mejor número de teléfono para llamarlo	

Paso 2. Díganos acerca de los beneficios de seguro médico o COBRA que la persona del paso 1 puede obtener. (COBRA es un tipo de seguro médico que puede obtener si deja un trabajo donde tenía seguro médico privado.)		
Nombre de la compañía de seguro médico privado	Dirección de la compañía de seguros	
Identificación de póliza	Número de grupo	Fecha en que comenzó la póliza ____ / ____ / ____ (Sólo necesitamos esta información si ya tiene seguro médico.)
Costo del seguro cada mes	¿Está el seguro médico bajo la ley COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Paso 3. Díganos acerca de su empleador o algún otro lugar que le ofrezca seguro médico o COBRA.		
Nombre de la compañía o del empleador	Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado Código postal

Paso 4. Díganos el número de caso de Medicaid de su familia. (Este número se encuentra en su tarjeta de identificación de Medicaid.)	
Número de caso de Medicaid de su familia	

Paso 5. Mencione los miembros de su familia que reciben beneficios de Medicaid.		
1. Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Número de identificación de Medicaid	¿Está esta persona embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha del parto? ____ / ____ / ____	
2. Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Número de identificación de Medicaid	¿Está esta persona embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha del parto? ____ / ____ / ____	
3. Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Número de identificación de Medicaid	¿Está esta persona embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha del parto? ____ / ____ / ____	
4. Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Número de identificación de Medicaid	¿Está esta persona embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha del parto? ____ / ____ / ____	

Paso 6. Envíenos las formas.	
Envíenos esta forma completamente llena. También necesitaremos el resumen de beneficios de su empleador y la hoja de tarifas . Si ya tiene seguro médico, envíenos copia de su tarjeta de seguro .	Envíelas por fax para servicio rápido al 1-866-220-5613. ○ Envíelas por correo a la dirección escrita debajo.