



Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP) Ley de Cuidado de Salud a  
Bajo Precio (ACA) Programa de Asistencia de Seguro  
Acuerdo con el Cliente

**Instrucciones**

Este formulario debe ser completado por el solicitante o la persona que ayuda al solicitante al presentar la Explicación de Beneficios (EOB) para el Programa de Asistencia de Seguros de Texas (TIAP-PLUS) de THMP.

**Certificación Requerida**

Seleccione la casilla de verificación (Obligatorio)  
\_\_\_\_ Solicitando Asistencia para la Prima de THMP ACA

Al seleccionar solicitar la Asistencia para la Prima de THMP ACA, como se indica en la casilla de verificación anterior, yo o la persona que ayuda al solicitante autorizo a través de mi firma a continuación, para que THMP realice un pago de la carpeta del seguro de salud a mi nombre para completar el proceso de inscripción en la póliza del plan de salud. El pago de la carpeta es la prima inicial del seguro de salud para comenzar la cobertura bajo la póliza seleccionada. Entiendo que THMP TIAP-PLUS no es responsable de pagos atrasados, cargos por mora y / o terminación de mi póliza de salud por no cumplir con la fecha de vencimiento del pago de la carpeta.

- Entiendo que para que se realice el pago de la carpeta a mi nombre, debo tener elegibilidad activa con el programa.
- Si soy elegible, acepté el Crédito Tributario Mensual Anticipado para la Prima (APTC, por sus siglas en inglés) para ayudar a pagar mi prima de seguro.
- Si calificué para las reducciones de costos compartidos (CSR), acepté un plan Silver.
- Me inscribí en un plan de seguro médico que fue aprobado por el programa THMP TIAP-PLUS de Texas.

**Firma del solicitante**

_____	_____
(Nombre en letra de imprenta del solicitante)	(Firma del solicitante)
_____	_____
(ID de cliente)	(Fecha de firma)

**Firma del ayudante designado**

_____	_____	_____
(Nombre en letra de imprenta del ayudante designado)	(Firma del Ayudante Designado)	(Fecha de firma)