

Atención médica primaria (PHC), TV CHD y TV PMD  
**Aviso de cumplimiento con los requisitos**

Nombre de la oficina	Teléfono con código de área de la oficina
Dirección de la oficina de (calle, ciudad, estado y código postal)	
Nombre del miembro del personal que aprueba el cumplimiento de requisitos	

**La fecha de inicio del cumplimiento de los requisitos empieza el [date]. y vencerá\* el [date]..**

\*La elegibilidad para el programa vencerá a los 365 días de la fecha de inicio, con las siguientes excepciones:

- La elegibilidad para los servicios médicos y dentales para menores del Título V (TV CHD) vencerá el día que cumplan 22 años.
- La elegibilidad para los servicios médicos y dentales prenatales del Título V (TV CHD) vencerá tres meses después de dar a luz o de que termine el embarazo.

**Su solicitud ha sido aprobada para los siguientes programas:**

Nombre del cliente	Fecha de nacimiento	Programa en que está inscrito	Copago

**Responsabilidades del cliente**

1. Debe avisar a la oficina mencionada lo antes posible si ocurre algún cambio en su situación, por ejemplo, cambio de ingresos, seguro médico, tamaño de la familia o cambio de dirección.
2. Si ocurre un cambio que haga que usted no llene los requisitos y no comunica este cambio como es debido, podría ser responsable del pago de cualquier servicio médico que reciba después de que deje de ser elegible. También podría ser objeto de acciones judiciales en virtud del Código Penal de Texas.
3. Usted tiene la responsabilidad de renovar su participación en un programa antes de la fecha de vencimiento. El formulario 3029, Solicitud de beneficios del programa, se tiene que llenar y entregar a más tardar 30 días antes de que venza su participación.
4. Usted tiene el derecho de presentar una queja con la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC al 888-388-6332 sobre el trámite de esta solicitud o cualquier acción efectuada por el programa.

**Se debe entregar una copia de este formulario al cliente y guardar el original en su expediente.**