

PHC y MCH FFS de Título V  
**Solicitud de beneficios del programa**

**Esta solicitud se debe usar para solicitar el Programa de Atención Médica Primaria (PHC) y el Programa de Pago por Servicio de Salud Materno Infantil (MCH FFS) del Título V.**

**Sección I. Datos del solicitante**

**\*Si se hace esta solicitud para un menor, se tiene que usar el nombre del padre o tutor legal como el solicitante.**

Nombre de la persona	Sexo	Fecha de nacimiento	Grupo racial o étnico	
Domicilio	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Teléfono principal con código de área	Teléfono secundario con código de área			
Dirección de correo electrónico				

**Preferencias para la comunicación**

Los siguientes campos no afectan su habilidad para recibir estos beneficios. (Marque todo lo que corresponda)

¿Cómo podemos comunicarnos con usted?  Correo electrónico  Teléfono  Correo

¿Qué idioma prefiere hablar?  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

¿En qué idioma prefiere la correspondencia?  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

**Sección II. Miembros de su hogar**

**Haga una lista de todos los miembros del hogar.** Los miembros del hogar incluyen al solicitante y a cualquier persona que viva con él y de la que sea legalmente responsable. Niños y jóvenes menores de 18 años se pueden incluir como miembros del hogar. Los hijos por nacer de mujeres embarazadas se tienen que incluir como miembros del hogar. Vea las instrucciones de la solicitud para más información sobre los miembros del hogar.

**Número de miembros del hogar:** \_\_\_\_\_

*\*Programa de Atención Médica Primaria (PHC); servicios dentales y de salud para menores del Título V (TV CHD); servicios médicos y dentales prenatales del Título V (TV PMD).*

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo	Grupo racial o étnico	Relación con el solicitante	Programa que solicita (*PHC, TV CHD, TV PMD o NA)	¿Inscrito en un plan de seguro médico?
				Solicitante		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

¿Tiene usted, o algún otro solicitante, una necesidad médica o dental inmediata?  Sí  No

¿Es usted u otro solicitante veterano?  Sí  No

**Información importante para anteriores miembros de los servicios militares:** Las mujeres y los hombres que hayan servido en cualquiera de los cuerpos de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluidos la Armada, la Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el Cuerpo de Reservistas o la Guardia Nacional, podrían tener derecho a recibir beneficios y servicios adicionales. Para más información, visite el Portal para veteranos de Texas en: <https://veterans.portal.texas.gov>.

¿Tiene algún miembro del hogar alguna circunstancia especial que pueda afectar que se incluya en el recuento de miembros del hogar?  Sí  No

Si contestó sí, dé una explicación detallada:

### Sección III. Determinación de derecho automático a los servicios de PHC

¿Está solicitando el programa PHC?  Sí  No\* (Si respondió No, pase a la sección IV.)

Si está solicitando el programa PHC, puede que reúna los requisitos para el derecho automático a los servicios de PHC\*. Marque todos los beneficios que recibe actualmente:

- Programa de Seguro Médico para Niños Perinatal (CHIP-P)  Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Programa WIC (para mujeres, bebés y niños)  Medicaid para mujeres embarazadas
- Healthy Texas Women (HTW)  Ninguno de estos

\*Si un solicitante de PHC proporciona una prueba de su inscripción activa en uno de los programas de la lista, verifique el estado actual de la inscripción llamando a TMHP o a través de TexMedConnect. Si se confirma, se podrá conceder el derecho automático a los servicios para el programa de PHC y no es necesario completar la Sección IV. Documente la verificación en las notas de la Sección VI.

### Sección IV. Ingresos del hogar

Indique los ingresos brutos del hogar e incluya la documentación. Los ingresos del hogar incluyen los ingresos de los miembros adultos del hogar. Consulte el Apéndice I, "Definición de ingresos", del Manual de políticas del programa para obtener información adicional sobre los distintos tipos de ingresos.

Nombre del miembro del hogar que recibe el dinero	Nombre del Empleador o la persona que paga el dinero	Tipo de ingresos	Cantidad bruta recibida	Frecuencia del ingreso (cada semana, cada 2 semanas, mensualmente)	Total de ingresos mensuales
<b>Total de los ingresos contables mensuales:</b>					
<b>Deducciones permitidas:</b>					
<b>Ingresos netos contables mensuales:</b>					

**Notas:**

### Sección V. Confirmación

Las declaraciones que he hecho, incluidas las respuestas que he dado, son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Me comprometo a dar al personal de verificación de requisitos cualquier información necesaria para comprobar las declaraciones sobre mi derecho a los servicios. Me comprometo a informar sobre cualquier cambio en los ingresos, estructura familiar, residencia, dirección actual, empleo y todo tipo de cobertura de atención médica a más tardar 30 días de que ocurra el cambio. Quedo enterado de que, si proporciono información falsa, podría ser excluido del programa o tendría que reembolsar el costo de los servicios.

#### Aviso sobre la confidencialidad

Excepto en algunos casos, usted tiene derecho a pedir los datos que el estado de Texas recopila sobre usted. Tiene derecho a obtener y revisar esos datos cuando usted lo pida. Usted también tiene derecho a pedir que el departamento estatal corrija cualquier información incorrecta. (Secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004 del Código Gubernamental).

\_\_\_\_\_ Iniciales

#### Confirmación

Entiendo que esta solicitud es un documento legal y que al firmarla doy fe de que, hasta donde yo sé, toda la información que he proporcionado es correcta y verdadera. Entiendo que dar información falsa podría llevar a ser descalificado del programa o a tener que reembolsar el costo de los servicios recibidos, y que si se aprueba que reciba los servicios del programa debo cumplir con sus normas, entre ellas el seguir cumpliendo los requisitos y el cumplir todas las demás responsabilidades de los beneficiarios.

\_\_\_\_\_ Iniciales

**Declaración sobre la divulgación de información**

Autorizo la divulgación de información médica y de ingresos entre la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas y el proveedor, según sea necesario, para determinar mi derecho a los servicios, coordinarlos, prestarlos y cobrar por ellos. \_\_\_\_\_  
Iniciales

**Certificación de la cobertura**

Certifico que yo, el solicitante, no tengo ninguna otra cobertura aparte de las que se indican en la sección de información sobre el seguro de esta solicitud. Autorizo al programa a que cobre a las fuentes de cobertura indicadas cualquier servicio prestado. \_\_\_\_\_  
Iniciales

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Section VI. Criterios de participación para contratistas**

**El personal que determina la participación debe contestar todas las preguntas:**

- 1. Residente de Texas .....  Sí  No
- 2. Total de los ingresos del hogar calculados ..... \_\_\_\_\_
- 3. Línea federal de pobreza del hogar (FPL)% ..... \_\_\_\_\_
- 4. Documentación de los ingresos\* .....  Sí  No
- 5. Documentación de la residencia\* .....  Sí  No
- 6. Documentación de la fecha de nacimiento\* (si solicita CHD del Título V) .....  Sí  No
- 7. Si la persona solicita **derecho automático a los servicios de PHC**, se verificaron el recibo de beneficios por medio de la Texas Medicaid and Healthcare Partnership (TMHP)? .....  No aplica  Sí  No
- 8. ¿Solicita la persona **beneficios suplementarios de PHC**? .....  No aplica  Sí  No

Si responde Sí, haga una lista de los servicios para los cuales el solicitante no tiene cobertura primaria y para los que podría recibir:  
\_\_\_\_\_

- 9. ¿Podría el solicitante potencialmente participar en los siguientes programas?
- Medicaid .....  Sí  No
- Medicaid para mujeres embarazadas .....  Sí  No
- CHIP .....  Sí  No
- CHIP Perinatal .....  Sí  No

**\*Si un solicitante reúne los requisitos para recibir los beneficios del programa y tiene una necesidad médica o dental inmediata, pero no tiene la documentación requerida, entonces se debe asumir la presunción de derecho a beneficios.**

**\*Los solicitantes actualmente inscritos en un plan de atención médica pero que carecen de cobertura dental, y que de otra manera calificarían para los beneficios del programa, llenan los requisitos para recibir beneficios dentales del Título V.**

**Notas:**  
\_\_\_\_\_

**Sección VII. Certificación del contratista sobre el derecho a los servicios**

Fecha del derecho a los servicios: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente	Programas en que puede participar (PHC, TV CHD, TV PMD o NA)	Tipo de derecho a servicios otorgado (Derecho o presunción de derecho a beneficios)	Tipo de determinación (Nuevo o recertificación )	Cantidad del copago

Al firmar a continuación, doy fe de que las solicitantes arriba indicadas cumplen los requisitos del programa. He informado a las solicitantes embarazadas que deben solicitar Medicaid para Mujeres Embarazadas o CHIP Perinatal. He informado a los solicitantes que parezcan reunir los requisitos para otros programas, entre ellos, Medicaid o CHIP, de que deben solicitar esos programas.

Nombre del centro \_\_\_\_\_

Firma del miembro del personal que da su certificación \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Este formulario debe guardarse con el expediente del cliente y no debe enviarse a la oficina estatal de la HHSC.**

**Los clientes que cumplan los requisitos deben recibir:**

Formulario 3046, Declaración de derechos y responsabilidades del solicitante

Formulario 3048, Notificación de cumplimiento de los requisitos

**Los clientes con presunción de derecho a beneficios deben recibir:**

Formulario 3046, Declaración de derechos y responsabilidades del solicitante

Formulario 3045, Aviso de presunción de derecho a beneficios

**Los solicitantes que no reúnan los requisitos para recibir los beneficios de un programa deben recibir:**

Formulario 3047, Aviso de no reunir los requisitos