TEXAS Health and Human Services

Formulario 3045-S
Noviembre de 2019-E

Oficina de Atención Médica Primaria y Especializada

Presunción del derecho a recibir servicios

Este formulario se puede usar para solicitar ayuda para la atención médica a través del Programa de Servicios de Atención Médica Primaria o del Programa de Pago por Servicio del Título V.

Fecha	Núm. de caso	Fecha de vencimiento
Dirección de la oficina (calle, ciudad, estado, código postal)		Teléfono de la oficina (con código de área)
Nombre del empleado del proveedor		
Nombre del solicitante, el adulto legalmente responsable o el cuidador	Teléfono del solicitante, adulto legalmente responsable o cuidador	
Dirección postal del solicitante (calle, ciudad, estado, código postal)		
Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal), si es distinta a la dirección anterior		

1. Su solicitud individual o familiar para el siguiente programa ha sido aprobada:

   ◯ Servicios de Atención Médica Primaria ◯ Programa de Pago por Servicio del Título V

2. Los siguientes servicios se prestarán entre _____ y _____.
   (MM/DD/AAAA) (MM/DD/AAAA)

Nombre del miembro de la familia	Fecha de nacimiento	Servicios

Debido a que necesitaba atención médica inmediata, no pude efectuar el trámite para determinar si cumplo los requisitos del programa. Entiendo que debo entregar la documentación o verificación solicitada en un plazo de 90 días a partir de la fecha de hoy.

La cita para efectuar el trámite para determinar si cumplo los requisitos se ha programado para: _____.
(MM/DD/AAAA)

_____ _____
Firma del solicitante Fecha