

## Solicitud de servicios

### Sección I. Datos del solicitante

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Grupo racial o étnico	
Teléfono principal con código de área	Teléfono secundario con código de área			
Domicilio (calle, número de apartamento o apartado postal)	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Correo electró				

### Preferencias de contacto

Método de contacto preferido (Marque todos los que apliquen)

Teléfono  Correo electrónico  Correo postal

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

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

Al marcar esta casilla, autorizo a mi proveedor de atención médica a comunicarse conmigo por mensajes de voz o de texto al número de teléfono celular indicado.

**Información importante para veteranos** – Las mujeres y los hombres que hayan servido en cualquier rama de los cuerpos de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (incluidos el Ejército, la Armada, los Marineros, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, las Reservas o la Guardia Nacional) podrían tener derecho a recibir beneficios y servicios adicionales. Para más información, visite el portal en la red de los veteranos de Texas en <https://veterans.portal.texas.gov/>

¿Es usted veterano?  Sí  No

### Sección II. Información sobre el hogar

¿Tiene usted o alguno de los miembros de su hogar alguna circunstancia especial?..... Sí  No

Si respondió “Sí”, dé una explicación detallada de las circunstancias especiales:

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

El número de personas incluye a usted y a cualquier persona que viva con usted, de quien usted sea legalmente responsable. Los menores de edad, deben anotar a sus padres o tutores legales:

**Miembros del hogar (incluido el solicitante principal)**

Nombre (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo	Grupo racial o étnico	Relación	¿Tiene cobertura integral de atención médica? (Sí/No)
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Los programas de cobertura integral de atención médica pueden ser Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), beneficios para veteranos, TRICARE, Seguro privado, etc. Si usted llega a tener cobertura, un representante autorizado del programa, presentará una solicitud de reembolso de su Seguro por cualquier beneficio, servicio o asistencia recibidos por el miembro con cobertura integral.

### Sección III. Otros Beneficios

Marque todos los beneficios que recibe:

- Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) Perinatal
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Programa para Mujeres, Bebés, y Niños (WIC)
- Healthy Texas Women (HTW)/Mujeres Sanas de Texas
- Medicaid para mujeres embarazadas
- Otros: \_\_\_\_\_
- Ninguno de estos

¿Fue referido a la atención médica primaria por proveedor de Healthy Texas Women?  Sí  No

### Información de los ingresos del hogar

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre del empleador o la persona que paga el dinero	Monto recibido al mes
Tipo de deducción		Monto de la deducción

### Sección IV. Información sobre la atención médica del solicitante

He leído la sección de Derechos y responsabilidades.....  Sí  No

**Aviso sobre la confidencialidad**

Con la excepción de algunos casos, usted tiene derecho a pedir una copia de la información que el estado de Texas recopile sobre usted. Tiene derecho a obtener y revisar esos datos cuando usted lo pida. Usted también tiene derecho a pedir que una dependencia estatal corrija cualquier información que usted considere incorrecta. (Secciones 552.021, 552.023, 559.003 and 559.004 del Código Gubernamental.)

**Confirmación**

Entiendo que esta solicitud es un document legal y que al firmarla doy fe de que, hasta donde yo sé, toda la información que he proporcionado es corecta y verdadera. Entiendo que dar información falsa podría llevar a ser descalificado del programa o a 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 beneficiaries.

\_\_\_\_\_  
Ponga sus iniciales

**Certificación de la cobertura**

Doy fe de que, hasta donde yo sé, no cuento con más cobertura que la indicada en la Sección II, información sobre la atención médica del solicitante. Autorizo al programa a que cobre a las fuentes de cobertura indicadas cualquier servicio prestado.

\_\_\_\_\_  
Ponga sus iniciales

**Declaración sobre la divulgación de información**

Autorizo la divulgación de información médica y de ingresos al proveedor y a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, según sea necesario, para determinar mi elegibilidad o para cobrar por los servicios prestad a mí o a mi hogar.

\_\_\_\_\_  
Ponga sus iniciales

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Signature of Person Helping Applicant

\_\_\_\_\_  
Relationship to Applicant

\_\_\_\_\_  
Date

**Section V. Contractor Eligibility Certification (For Facility Office Use Only)**  FPG and PHC

**Section V. Part 1- Applicant Information**

<b>1. Name (Last, First, Middle)</b>	<input type="checkbox"/> New	<input type="checkbox"/> Re-certification
	<input type="checkbox"/> Approved	<input type="checkbox"/> Denied
<b>2. Name (Last, First, Middle)</b>	<input type="checkbox"/> New	<input type="checkbox"/> Re-certification
	<input type="checkbox"/> Approved	<input type="checkbox"/> Denied

**Section V. Part II – Household Information** **Notes:**

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

**Section V. Part III – Income Information**

Income		Income Type	Amount	Documentation
Applicant 1	Applicant 2			
		Gross Earned Income	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Cash gifts and contributions	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Child Support income	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Disability Insurance Benefits	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Dividends Interest and Royalties	\$	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Loans (non-educational)	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Lawsuit and Lump-sum Payments	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Military Pay	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Mineral Rights	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Pensions and annuities	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Reimbursements	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Retirement, Survivors, Disability Insurance (RSDI) Social Security Payments	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Social Security Disability Insurance Benefits (SSDI)	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Self-employment Income	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Unemployment Compensation	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Department of Veterans Affairs Payments	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Workers' Compensation	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Wages, Salaries, and Commissions	\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		<b>Total Countable Income</b>	\$	
		<b>Deductions</b>	- \$	

		<b>Total Household Income</b>	\$
--	--	-------------------------------	----

**Section V. Part IV – Income Calculations**

**Applicant 1. Income Documentation:**

- Weekly   
  Biweekly   
  Twice per month   
  Monthly   
  Annual   
  Letter of Support  
 Adjunctive Eligibility Documentation: \_\_\_\_\_  Other: \_\_\_\_\_

Calculations:

**Applicant 2. Income Documentation:**

- Weekly   
  Biweekly   
  Twice per month   
  Monthly   
  Annual   
  Letter of Support  
 Adjunctive Eligibility Documentation: \_\_\_\_\_  Other: \_\_\_\_\_

Calculations:

**Section V. Part V – Program Eligibility**

Eligibility Effective Date: _____	Co-pay amount: <b>\$0</b>
-----------------------------------	---------------------------

Adjunctive Eligibility:     Yes     No     N/A

Total Household Income: \$ _____ /month	Total Household Federal Poverty Level (FPL) _____%
---	--

Proof of Income Waived:     Yes     No     N/A

Reason for Waiver of Proof of Income: \_\_\_\_\_

Are all household members eligible as Texas Residents?     Yes     No

**Identified if Potentially Eligible for Other Benefits:**

- Medicare   
  Medicaid   
  CHIP   
  Private Insurance  
 VA Benefits   
  TRICARE   
  HTW   
  BCCS

Assisted with Application for Other Programs:     Yes     No     N/A

Agency: The University of Texas Health Science Center at Tyler

---

**Signature – Agency/Staff Member**

---

**Date**