



Oficina de Atención Médica Primaria y Especializada
Solicitud del hogar

Este formulario puede usarse para solicitar beneficios del Programa de Servicios de Atención Médica Primaria (PHC), el Programa de Pago por Servicio del Título V o el Programa de Servicios para la Epilepsia.

Sección I. Información del solicitante

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		Grupo étnico o racial	Fecha de nacimiento
Núm. de Seguro Social (opcional)	Teléfono de la casa con el código de área		Teléfono celular con el código de área		
Domicilio (calle, número de apartamento o apartado postal)		Ciudad	Condado	Estado	Código postal

Preferencias para la comunicación

Las siguientes son preguntas opcionales que no afectan su derecho a los beneficios. La Oficina de Atención Médica Primaria y Especializada mantiene las direcciones de correo electrónico en estricta confidencialidad y no las comparte ni las vende a terceros.

Correo electrónico: _____

¿Quiere suscribirse sin costo para recibir noticias del programa a través de su correo electrónico? Las noticias podrían incluir información sobre los beneficios, recordatorios y fechas importantes. Sí No

¿Qué método de contacto prefiere? (Marque todo lo que corresponda). Correo postal Teléfono Correo electrónico

¿En qué idioma prefiere hablar? Inglés Español Otro _____

¿En qué idioma prefiere la correspondencia? Inglés Español Otro _____

¿Tiene acceso a internet con regularidad? Sí No

¿Tiene un teléfono inteligente con acceso a internet? Sí No

Sección II. Información sobre la atención médica del solicitante

¿Tiene cobertura integral de atención médica? Esta podría incluir Medicare, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), beneficios de Veteranos, TRICARE, seguro privado, etc. (Si tiene cobertura, un representante autorizado del programa presentará una reclamación para que su asegurador le reembolse cualquier beneficio, servicio o asistencia que haya..... Sí No

Marque todos los beneficios que recibe:

<input type="checkbox"/> CHIP Perinatal	<input type="checkbox"/> Programa SNAP
<input type="checkbox"/> Programa WIC	<input type="checkbox"/> Medicaid para mujeres embarazadas
<input type="checkbox"/> Programa Healthy Texas Women (HTW)	<input type="checkbox"/> Ninguno de estos

Sección III. Información sobre el hogar

¿Cuántas personas forman parte del hogar? _____ El número de personas lo incluye a usted y a cualquier persona que viva con usted y de quien usted sea responsable legalmente. Los menores de edad deben anotar a sus padres o tutores legales.

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Núm. de Seguro Social (opcional)	Fecha de nacimiento	Sexo	Grupo racial o étnico	Relación

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Núm. de Seguro Social (opcional)	Fecha de nacimiento	Sexo	Grupo racial o étnico	Relación

Información de los ingresos del hogar

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre del empleador o la persona que otorga el dinero	Cantidad mensual

Sección IV. Confirmación del solicitante

He leído las declaraciones de Derechos y responsabilidades en las instrucciones del formulario 3028-S.

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 los datos cuando usted los 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)

Confirmación

Tengo entendido que esta solicitud es un documento legal y que al firmarla, afirmo que según mi leal saber y entender todas las declaraciones que he hecho son correctas y verdaderas. Quedo enterado de que, si proporciono información falsa, podría ser excluido del programa o tendría que reembolsar el costo de los servicios, y que, si me aprueban para recibir servicios del programa, se me hará responsable de cumplir con las reglas del programa, entre estas seguir llenando los requisitos y cumpliendo todas las responsabilidades como beneficiario.

 Escriba sus iniciales

Certificación de la cobertura

Certifico que el solicitante no tiene ninguna otra cobertura aparte de las que se indican en la sección de información sobre el seguro. Autorizo al programa a que cobre a las fuentes de cobertura indicadas cualquier servicio prestado.

 Escriba sus 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.

 Escriba sus iniciales

 Firma del solicitante

 Fecha