



PART I - APPLICANT INFORMATION

Name (Last, First, Middle)	Telephone Number		Email Address		
Texas Residence Address (Street or P.O. Box)	City	County	State	ZIP	
SSN (optional)	Date of Birth	Age	Race	Ethnicity	Sex

- a) Please contact me by: (check all that apply) Mail Phone Email
- b) Do you have comprehensive health care coverage (Medicaid, Medicare, CHIP, health insurance, VA, TRICARE, etc.)? Yes No
**If yes, DSHS' authorized representative will submit a claim for reimbursement from your insurer for any benefit, service or assistance that you have received.*
- c) Which benefits or health care coverage do you receive? (check all that apply)
- CHIP Perinatal SNAP WIC
 Medicaid for Pregnant Women TWHP None

PART II – HOUSEHOLD INFORMATION

Fill in the box with the number of people in your household. This number will include you and anyone who lives with you for whom you are legally responsible. Minors should include parent(s)/legal guardian(s).

How many people are in your household?

PART III - INCOME INFORMATION

List all of your household's income below. Include the following: government checks; money from work; money you collect from charging room and board; cash gifts, loans, or contributions from parents, relatives, friends, and others; sponsor's income; school grants or loans; child support; and unemployment benefits.

Name of person receiving money	Name of agency, person, or employer who provides the money	Amount received per month

PART IV - APPLICANT AGREEMENT

I have read the **Rights and Responsibilities** statements in the *instructions* section of this form. Yes No

The information that I have provided, including my answers to all questions, is true and correct to the best of my knowledge and belief. I agree to give eligibility staff any information necessary to prove statements about my eligibility. I understand that giving false information could result in disqualification and repayment.

I authorize release of all information, including income and medical information, by and to the Texas Department of State Health Services (DSHS) and Provider in order to determine eligibility, to bill, or to render services to me.

Signature – Applicant _____ Date _____

Signature – Person who helped complete this application _____ Relationship to Applicant _____ Date _____

PART V – PROVIDER ELIGIBILITY CERTIFICATION (to be completed by provider)

Eligibility effective date / /

1. Texas resident <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	7. Is the client eligible for the following program(s)? Co-payment amount (if applicable) <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Yes</th> <th>No</th> <th>n/a</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BCCS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>DSHS FP</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>EPHC</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>PHC</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Title V/MCH</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$ _____</td> </tr> </tbody> </table> Notes: _____		Yes	No	n/a		BCCS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	DSHS FP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	EPHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	PHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	Title V/MCH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
		Yes	No	n/a																											
BCCS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																										
DSHS FP		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																										
EPHC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																										
PHC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																										
Title V/MCH		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																										
2. Total monthly household income \$ <input style="width: 100px;" type="text"/>																															
3. Household FPL <input style="width: 100px;" type="text"/> %																															
4. Proof of income <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Waived																															
5. Verification of adjunctive eligibility <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a																															
6a. Presumptively eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a																															
6b. Full eligibility met <input type="checkbox"/> Yes																															
6c. Full eligibility met date <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/>																															

Name of Agency _____ Signature – Agency / Staff Member _____ Date _____

PART I - APPLICANT INFORMATION

Fill in the boxes with your information.

APPENDIX B División de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) Formulario para la participación INDIVIDUAL



PARTE I - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Número telefónico		Correo electrónico	
Domicilio en Texas (nombre de la calle o número de apartado postal)		Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Número de Seguro Social (SSN) (opcional)		Fecha de nacimiento	Edad	Raza	Origen étnico
				Sexo	

- a) Por favor contácteme por: (marque todo lo que corresponda) Correo postal Teléfono Correo electrónico
- b) ¿Tiene usted cobertura médica integral (Medicaid, Medicare, CHIP, seguro médico, VA, TRICARE, etc.)? Sí No
- *Si contestó que sí, el representante autorizado del DSHS presentará una reclamación de reembolso ante su compañía de seguro médico por las prestaciones, los servicios o la asistencia que usted haya recibido.*
- c) ¿Qué tipo de prestaciones o de cobertura médica tiene? (marque todo lo que corresponda)
- CHIP Perinatal SNAP WIC
- Medicaid para mujeres embarazadas TWHP Ninguno

PARTE II - INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Llene las casillas con el número de personas que hay en su familia. Este número le incluye a usted y a cada persona que viva con usted y de la que usted sea legalmente responsable. Los menores de edad deben incluir al padre, a la madre o al tutor legal.

¿Cuántas personas viven en su casa?

PARTE III - INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

Enumere abajo todos los ingresos de la familia. Incluya los siguientes: cheques del gobierno; dinero del trabajo; dinero que obtiene por el cargo de alojamiento y comida; regalos en efectivo, préstamos o contribuciones de los padres, familiares, amigos y otros; ingresos que recibe de un patrocinador; becas o préstamos escolares; manutención de menores e ingresos por desempleo.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre de la agencia, la persona o el empleador que provee el dinero	Cantidad recibida al mes

PARTE IV - ACUERDO DEL SOLICITANTE

He leído las declaraciones de Derechos y Responsabilidades en la sección de *Instrucciones* de este formulario. Sí No

La información que aquí proporciono, incluidas mis respuestas a todas las preguntas, es verídica y correcta, según mi leal saber y entender. Acepto darle al personal que determina el derecho a la participación cualquier información que sea necesaria para comprobar mis declaraciones respecto a mi derecho a la participación. Entiendo que dar información falsa podría dar por resultado la descalificación y el reembolso de los apoyos recibidos.

Autorizo al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) y al Proveedor a que dispongan libremente de toda la información que proporciono, incluida la información sobre los ingresos y la médica, con el fin de que determinen mi derecho a la participación y a que paguen o presten servicios a mi familia o a mí.

Firma del solicitante _____	Fecha _____
Firma de la persona que ayudó a completar esta solicitud _____	Relación con el solicitante _____
	Fecha _____

PART V – PROVIDER ELIGIBILITY CERTIFICATION (debe ser completada por el proveedor)

Eligibility effective date / /

1. Texas resident <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	7. Is the client eligible for the following program(s)? <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Yes</th> <th>No</th> <th>n/a</th> <th>Co-payment amount (if applicable)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BCCS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>DSHS FP</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>EPHC</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>PHC</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Title V/MCH</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>\$ _____</td> </tr> </tbody> </table>		Yes	No	n/a	Co-payment amount (if applicable)	BCCS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	DSHS FP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	EPHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	PHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	Title V/MCH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
		Yes	No	n/a	Co-payment amount (if applicable)																										
BCCS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																										
DSHS FP		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																										
EPHC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																										
PHC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																										
Title V/MCH		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																										
2. Total monthly household income \$ <input type="text"/>																															
3. Household FPL % <input type="text"/>																															
4. Proof of income <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Waived																															
5. Verification of adjunctive eligibility <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/a																															
6a. Presumptively eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																															
6b. Full eligibility met <input type="checkbox"/> Yes																															
6c. Full eligibility met date / / <input type="text"/>																															

Notes:

Name of Agency _____	Signature – Agency / Staff Member _____	Date _____
----------------------	---	------------

APPENDIX B División de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS)



Instrucciones para llenar el formulario para la participación INDIVIDUAL

PARTE I - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Llene las casillas con su información personal.

- a) Marque todas las casillas que correspondan.
- b) Marque "sí" o "no".
- c) Marque todas las casillas que correspondan:
 - CHIP (Programa de Seguro Médico Infantil) Perinatal
 - Medicaid para mujeres embarazadas
 - SNAP (Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental)
 - TWHP (Programa de Salud para la Mujer de Texas)
 - WIC (Programa de Nutrición Suplemental Especial para Mujeres, Niños y Bebés)
 - Ninguno

Si usted seleccionó uno de estos programas de prestaciones o de cobertura médica y puede proporcionar un comprobante de inscripción actualizado, usted podría de manera adjunta (automáticamente) tener derecho a la participación de un programa de la División de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS y saltar a las Partes II y III de esta solicitud, si su agencia no cobra un copago. (Excepción: elegibilidad adjunto no se aplica a los solicitantes de los servicios del Título V.)

PARTE II - INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Llene las casillas con el número de personas que hay en su familia. Este número le incluye a usted y a cada persona que viva con usted y de la que usted sea legalmente responsable.

Cómo determinar qué personas componen su familia:

- Si usted es casado (incluso en matrimonio de hecho), inclúyase a usted mismo e incluya a su cónyuge y a todos los hijos, tanto los habidos en común como los no habidos en común (incluidos los no nacidos).
- Si usted no es casado, inclúyase a usted mismo e incluya a sus hijos, de tenerlos (incluidos los no nacidos).
- Si usted no es casado y vive con su pareja con la cual tiene hijos en común, inclúyase a usted mismo e incluya a su pareja, a sus hijos y a los hijos que hayan tenido en común (incluidos los no nacidos).

Los solicitantes de 18 años de edad o más se consideran adultos. No incluya a ningún hijo de 18 años de edad o más ni a ningún otro adulto que viva en su casa como parte de la familia. Los menores de edad deben incluir al padre, a la madre o al tutor legal que vivan en la casa.

PARTE III - INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

Enumere en la tabla todos y cada uno de los ingresos de la familia. Incluya los siguientes: cheques del gobierno; dinero del trabajo; dinero que obtiene por el cargo de alojamiento y comida; regalos en efectivo, préstamos o contribuciones de los padres, familiares, amigos y otros; ingresos que recibe de un patrocinador; becas o préstamos escolares; manutención de menores e ingresos por desempleo.

Llene la tabla con la siguiente información personal:

- 1.ª columna: El nombre de la persona que recibe el dinero.
- 2.ª columna: El nombre de la agencia, la persona o el empleador que provee el dinero.
- 3.ª columna: La cantidad de dinero recibida al mes.

PARTE IV - ACUERDO DEL SOLICITANTE

Derechos y Responsabilidades:

Si el solicitante omite información, no la proporciona o se niega a proporcionarla, o da información falsa o engañosa sobre estas cuestiones, podría pedírsele que reembolse al Estado el importe de los servicios recibidos si se encontró que el solicitante no cumple con los requisitos para recibir los servicios. El solicitante deberá informar de cualquier cambio en la situación de su hogar o familia que afecte el derecho a la participación durante el periodo de certificación (cambios en los ingresos, en los miembros del hogar o la familia y el lugar de residencia). (Las clientes de MBCC no tienen que informar de cambios en los ingresos ni en el hogar o el lugar de residencia)

El solicitante entiende que, para mantener el derecho a participar del programa, se le pedirá que vuelva a solicitar la ayuda al menos cada doce meses (no aplicable para clientes de MBCC).

El solicitante entiende que tiene el derecho a presentar una queja con respecto al manejo de su solicitud o a cualquier acción llevada a cabo por el programa, ante la Oficina de Derechos Civiles de la HHSC, al teléfono 1-888-388-6332.

El solicitante entiende que los criterios para la participación en el programa son iguales para todos sin importar el sexo, la edad, la discapacidad, la raza o el lugar de nacimiento.

Con unas cuantas excepciones, el solicitante tiene derecho a pedir y a ser notificado sobre la información que el estado de Texas reúne sobre él. El solicitante tiene derecho a recibir y revisar la información al así pedirlo. El solicitante también tiene derecho a pedirle a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte <http://www.dshs.state.tx.us> para obtener más información sobre la Notificación de privacidad. (Fuente: Código Gubernamental, secciones 552.021, 522.023 y 559.004).

Lea los Derechos y Responsabilidades siguientes. Marque "sí" o "no".

Firme y escriba la fecha en las líneas correspondientes. Si alguna persona le ayudó a usted a llenar la solicitud, también debe firmar, declarar cuál es su relación con usted y escribir la fecha en las líneas correspondientes.

PARTE V – PROVIDER ELIGIBILITY CERTIFICATION (debe ser completada por el proveedor)

(1) Check the appropriate box (yes or no) for Texas resident. (2) Total the amount received per month to fill in the Total monthly household income box. (3) Calculate the client's household FPL using the applicable DSHS program policy (include applicable deductions) and fill in the Household FPL box. Check the appropriate box (yes, no, waived, or n/a) for (4) Proof of income and (5) Verification of adjunctive eligibility.

If client is presumptively eligible, fill in the light gray box. (6a) Check the appropriate box (yes, no, or n/a) for Presumptively eligible. Once the client completes the requirements for full eligibility, (6b) check Yes for Full eligibility met and fill in the (6c) Full eligibility met date box.

(7) Check the appropriate box (yes, no, or n/a) for each program regarding the client's eligibility. If yes, fill in the client's co-payment amount for the program based on their household and income information.

Use the space provided in Notes to document other appropriate information concerning eligibility and screening. Fill in the Eligibility effective date box in the top right corner of Part V. Fill in the Name of Agency, sign, and date.