



Servicios para el Cáncer de Seno y Cuello Uterino (BCSS) o Programa de Planificación Familiar (FPP)
Solicitud de servicios

Sección I. Datos del solicitante

Esta solicitud puede usarse para los programas BCSS y FPP.

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		Fecha de nacimiento	Grupo racial o étnico
Correo electrónico		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

Preferencias de contacto

Prefiero que me contacten por: Correo Teléfono Correo electrónico

Idioma preferido: Inglés Español Otro

Sección II. Información sobre la atención médica del solicitante

Tengo cobertura integral de atención médica. Esta podría incluir Medicaid, Medicare, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), beneficios de veteranos, TRICARE, seguro privado, etc. (si la respuesta es "Sí", un representante autorizado del programa enviará a su seguro una solicitud de reembolso por los beneficios, servicios o asistencia recibidos). Sí No

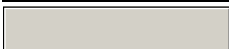
Marque todos los beneficios que recibe:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Programa SNAP | <input type="checkbox"/> CHIP Perinatal |
| <input type="checkbox"/> Programa WIC (para mujeres, bebés y niños) | <input type="checkbox"/> Medicaid para mujeres embarazadas |
| <input type="checkbox"/> Programa Healthy Texas Women (HTW) | <input type="checkbox"/> Otro programa |

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 la que usted sea legalmente responsable. Si el solicitante es menor de edad, debe incluir a sus padres o tutores legales.

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo	Grupo racial o étnico	Parentesco



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 II. Información sobre la atención médica del solicitante

He leído la sección de Derechos y responsabilidades.

Aviso sobre la confidencialidad

Salvo en contadas excepciones, 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 y 559.004 del Código Gubernamental)

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 Marines, 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 web de los veteranos de Texas en veterans.portal.texas.gov.

Acuse de recibo

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.

 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 derecho a los servicios, coordinarlos, prestarlos y cobrar por ellos.

 Ponga sus iniciales

 Firma del solicitante

 Fecha

Sección V. Provider Eligibility Certification (completed by provider)

- 1. Texas resident Yes No
- 2. Total monthly household income..... _____
- 3. Household federal poverty level (FPL)..... _____ %
- 4. Proof of income..... Yes Waived
- 5. Adjunctively eligible..... Yes No N/A
- 6. Full eligibility met..... Yes No
- 7. Full eligibility met date..... _____
- 8. Is the person eligible for the following program (s)?
Eligibility effective date:..... _____
- a. BCCS..... Yes No N/A
- b. HHSC FPP..... Yes No N/A

Name of Agency

Signature – Agency Staff Member

Date