Declared Emergency/Outbreak Name: _____ PHR: _____ Subregion: _____

# Texas Vaccines for Children/Adult Safety Net Emergency Eligibility Screening Record

To assess and document eligibility for the DSHS Texas Vaccines for Children (TVFC)/Adult Safety Net (ASN) programs. Eligibility records must be maintained for all children aged 18 and younger, as well as adults receiving DSHS supplied vaccines. These records can be stored in either hard copy by the administering clinic or within an electronic system, with hard copies retained for five years. Eligibility screening and documentation must occur at each immunization visit to confirm continued program eligibility. The record may be completed by the parent, guardian, individual of record, or healthcare provider.

Date of Screening: _____
(mm/dd/yyyy)

Patient Name: _____
(Last Name) (First Name) (Middle Initial)

Date of Birth: _____ Gender: ☐ Male ☐ Female Veteran: ☐ Yes ☐ No
(mm/dd/yyyy)

Parent, Guardian, or Individual of Record: _____
(Last Name) (First Name) (Middle Initial)

---

TVFC Eligibility Criteria (Please select only one):

- ☐ I declare my child qualifies for vaccines through the TVFC program because my child is enrolled in Medicaid.
- ☐ I declare my child qualifies for vaccines through the TVFC program because my child does not have health insurance (uninsured).
- ☐ I declare my child qualifies for vaccines through the TVFC program because my child is American Indian or Alaskan Native.
- ☐ I declare my child qualifies for vaccines through the TVFC program because my child has health insurance that does not include vaccines or only covers specific vaccine types (under-insured).
- ☐ I declare my child qualifies for vaccines through the TVFC program because I have enrolled my child in the State of Texas Children's Health Insurance Program (CHIP).
- ☐ I declare my child qualifies for vaccines through disaster relief/outbreak efforts. The CDC waived insurance status (insured or non-insured) for all disaster relief efforts.

---

ASN Eligibility Criteria (Please select only one):

- ☐ I declare I qualify for vaccines through the ASN program because I do not have health insurance (uninsured).
- ☐ I declare I qualify for vaccines through disaster relief/outbreak efforts. The CDC waived insurance status (insured or non-insured) for all disaster relief efforts.

---

☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Private insurance ☐ No insurance

Medicaid number: _____ CHIP number: _____

Private insurance name: _____ Policy number: _____

---

Primary Provider's Name: _____

Patient or Guardian Signature: _____ Date of Screening: _____
(mm/dd/yyyy)

NOTE: Knowingly falsifying information on this document constitutes fraud. By signing this form, I hereby attest that the above information is true and correct. I declare that the person named above is eligible to receive vaccines.

With few exceptions, you have the right to request and to be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the agency to correct any information that is determined to be incorrect. See dshs.texas.gov for more information on Privacy Notification.
(Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, and 559.004)

Declared Emergency/Outbreak Name: _____ PHR: _____ Subregion: _____

# Registro de evaluación de la elegibilidad de emergencia para los programas Vacunas para los Niños de Texas y Red de Protección de la Salud en Adultos

El propósito de este documento es apoyar la evaluación y documentación de la elegibilidad de una persona en los programas Vacunas para los Niños de Texas (TVFC) y Red de Protección de la Salud en Adultos (ASN) del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS). Se debe conservar los registros de elegibilidad de todos los menores de 18 años, así como de los adultos que se aplican vacunas proporcionadas por el DSHS. Estos registros pueden ser almacenados en formato de copia impresa, durante cinco años, por la clínica que administra las vacunas o en un sistema electrónico. La evaluación y la documentación de la elegibilidad deben hacerse durante cada cita de vacunación para confirmar que la persona siga cumpliendo con los requisitos del programa. Dicho registro puede ser completado por el padre o la madre, el tutor, la persona que figura en el registro o el proveedor de servicios de salud.

Fecha de la evaluación: _____
(mm/dd/aaaa)

Nombre del paciente: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ¿Es veterano?: ☐ Sí ☐ No
(mm/dd/aaaa)

Padre, tutor o persona que figura en el registro: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

---

Criterios de participación en TVFC (seleccione solo uno):

- ☐ Declaro que mi hijo tiene derecho a recibir vacunas por medio del programa TVFC ya que está inscrito en Medicaid.
- ☐ Declaro que mi hijo tiene derecho a recibir vacunas por medio del programa TVFC porque no tiene seguro médico.
- ☐ Declaro que mi hijo tiene derecho a recibir vacunas por medio del programa TVFC porque es nativo americano o nativo de Alaska.
- ☐ Declaro que mi hijo tiene derecho a recibir vacunas por medio del programa TVFC porque tiene un seguro médico que no cubre las vacunas o solo cubre ciertos tipos específicos de vacuna (seguro insuficiente).
- ☐ Declaro que mi hijo tiene derecho a recibir vacunas por medio del programa TVFC porque lo inscribí en el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).
- ☐ Declaro que mi hijo tiene derecho a recibir vacunas por medio de los servicios de ayuda en casos de desastre o brotes. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) eximen del requisito de seguro médico (la persona puede tener seguro o no tenerlo) para todos los servicios de ayuda en caso de desastre.

---

Criterios de participación en ASN (seleccione solo uno):

- ☐ Declaro que reúno los requisitos para recibir vacunas a través de ASN porque no tengo seguro médico.
- ☐ Declaro que cumplo con los requisitos para recibir vacunas a través de los servicios de ayuda en casos de desastre o brotes. Los CDC eximen del requisito de seguro médico (la persona puede tener seguro o no tenerlo) para todos los servicios de ayuda en caso de desastre.

---

☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Seguro privado ☐ Sin seguro

Número de Medicaid: _____ Número de CHIP: _____

Nombre del seguro privado: _____ Número de póliza: _____

---

Nombre del proveedor primario: _____

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha de la evaluación: _____
(mm/dd/aaaa)

NOTA: La falsificación intencionada de los datos proporcionados en este documento constituye un fraude. Al firmar este formulario, doy fe de que la información proporcionada más arriba es verídica y correcta. Declaro que la persona arriba mencionada reúne los requisitos para la aplicación de vacunas.

Con pocas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y ser informado sobre los datos que el estado de Texas recopila sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar los datos si lo solicita. También tiene derecho a pedir a la entidad estatal que corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Visite dshs.texas.gov para obtener más información sobre el aviso de privacidad. (Fuente: secciones 552.021, 552.023 y 559.004 del Código Gubernamental)