

Solicitud de beneficios del Programa de Pruebas de Detección a Recién Nacidos

Notas:

1. Todos los interesados deben solicitar servicios de Medicaid, CHIP y para niños con necesidades médicas especiales (CHSCN) antes de presentar una solicitud para recibir beneficios del Programa de Pruebas de Detección a Recién Nacidos (NBS).
2. Presente un comprobante de que envió una solicitud para Medicaid, CHIP y CHSCN (carta de aprobación o rechazo, notificación de lista de espera, etc.).
3. Las solicitudes presentadas sin haber solicitado antes otros beneficios del programa serán denegadas.
4. Si le desea otorgar a alguien el derecho de actuar en su nombre como representante autorizado, llene el formulario de representante autorizado. Su representante autorizado debe presentar una identificación.
5. Presente una identificación, así como comprobantes de domicilio, ingresos, gastos, otros beneficios del programa y seguro médico privado junto con su solicitud llena. Los tipos de comprobantes que se aceptan se encuentran en la última página de su solicitud.
6. Debe enviar su solicitud y los comprobantes a la oficina de su médico especialista. La oficina de su médico especialista enviará la solicitud completa y los comprobantes por correo electrónico o fax al programa de beneficios de NBS a NBSBenefits@hs.texas.gov o al (512) 776-7593.

Datos del solicitante

Si el solicitante es menor de 18 años, el padre, tutor o representante debe llenar la solicitud en su totalidad.

Primer nombre:

Segundo nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Femenino

Masculino

Número de cuenta de beneficios de NSB:

Diagnóstico:

Nombre del especialista médico:

¿Qué tipo de beneficios está solicitando?

Alimentos bajos en proteínas

Medicamentos, vitaminas, fórmulas, suplementos dietéticos

Visitas al consultorio médico

Pruebas de laboratorio confirmatorias

Información de residencia

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Dirección postal:
(si es diferente al domicilio)

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Comunicación por correo electrónico

¿Podemos enviarle comunicados por correo electrónico?

Sí

No

Correo electrónico:

Información sobre el hogar

Enumere a todas las personas que viven en la casa. (En caso necesario, agregue otra página para incluir a más personas y adjúntela a este documento).

| Nombre y apellido | Fecha de nacimiento | Sexo | ¿Vive en Texas? | Relación con el solicitante |
|-------------------|---------------------|------|-----------------|-----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Información sobre el embarazo

Si la solicitante u otra persona en el hogar está embarazada, el bebé deberá contar como parte del hogar.

¿La solicitante u otra persona en el hogar está embarazada?

Sí

No

Si contesta "sí", ¿quién está embarazada?

Fecha estimada del parto:

Información sobre los ingresos

Enumere los ingresos (dinero) de todas las personas que viven en la casa. Esto se refiere al dinero que proviene del trabajo (incluido el trabajo por cuenta propia), Seguro Social, manutención infantil y otros.

| Nombre de la persona que recibe el dinero | Nombre de la agencia, la persona o el empleador que provee el dinero | Cantidad bruta que recibe | ¿Con qué frecuencia la recibe? (a diario, cada semana, cada dos semanas) |
|---|--|---------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Gastos

¿Alguien paga manutención o cuidado infantil, o gastos médicos exigidos por la ley? Si es así, haga una lista. Es posible que podamos deducir el monto de sus ingresos brutos.

| Nombre de la persona que cubre los gastos | Tipo de gastos que se pagan y a quién | Cantidad que se paga | ¿Con qué frecuencia recibe el pago? (a diario, cada semana, cada dos semanas) |
|---|---------------------------------------|----------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Nombre de la persona que cubre los gastos | Tipo de gasto que se paga y a quién | Cantidad que se paga | ¿Con qué frecuencia recibe el pago? (a diario, cada semana, cada dos semanas) |
|---|-------------------------------------|----------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Otros beneficios del programa

¿Tiene el solicitante Medicaid?

Sí

No

Número de Medicaid:

¿Tiene el solicitante CHIP?

Sí

No

Número de beneficiario de CHIP:

¿Tiene el solicitante beneficios de CSHCN?

Sí

No

Número de beneficiario de CSHCN:

¿Tiene el solicitante Medicare Parte B?

Sí

No

Información sobre seguro médico privado

¿Tiene el solicitante algún tipo de seguro médico privado?

Sí

No

Nombre del plan del seguro:

Número de póliza:

Declaración de conformidad

Entiendo que esta solicitud es un documento legal. Al firmar, certifico que los datos contenidos en la solicitud son verdaderos y correctos. Entiendo que, si la solicitud no está completa, puede retrasar la aprobación de los beneficios.

Firma del solicitante, padre, tutor, representante, etc.

Nombre en letra de molde:

Firma:

Fecha: