



First Name / Primer Nombre		Middle Name / Segundo Nombre	Last Name / Apellido	
Date of Birth / Fecha de Nacimiento				<input type="checkbox"/> Male/Hombre <input type="checkbox"/> Female/Mujer
If applicant under age 18 – Name of Parent/Guardian/Representative Si el Solicitante es menor de 18 años – Nombre de padres/tutor/representante				
First Name / Primer Nombre		Middle Name / Segundo Nombre	Last Name / Apellido	
Home Address / Domicilio			Telephone Number / Número de Teléfono	
Mailing address, if different from above. / Domicilio particular, si es diferente a la dirección de arriba.				

I am in immediate need of medical benefits or services from Newborn Screening (NBS) Benefits. I understand that if I am approved for presumptive eligibility, within 60 days I must apply for other program benefits, gather supporting documents, and submit a new application to NBS Benefits. / **Tengo una necesidad inmediata de beneficios médicos o servicios de beneficios de detección de recién nacidos (NBS). Entiendo que, si recibo la aprobación para una presunta elegibilidad, dentro de los 60 días, debo solicitar para otros beneficios, reunir los documentos de respaldo y presentar una nueva solicitud a los beneficios de NBS.**

- Yes/Sí No I and/or the person applying for services live within the boundaries of Texas.
Yo y/o la persona que solicita servicios vivemos dentro de los límites de Texas.
- Yes/Sí No I am eligible for Medicaid (if under age 21 years old).
Soy elegible para Medicaid (si es menor de 21 años de edad).
- Yes/Sí No I am eligible for Children’s Health Insurance Program (CHIP).
Soy elegible para el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).
- Yes/Sí No I am eligible for Children with Special Health Care Needs (CSHCN).
Soy elegible para el Programa de Niños con Necesidades Especiales de Salud (CSHCN).
- Yes/Sí No I have insurance coverage for medications and/or medical foods (formula).
Tengo seguro para la cobertura de medicamentos y/o alimentos médicos (fórmula).
- Yes/Sí No I have a gross family income at or below 350% of the current Federal Poverty Level guidelines.
Tengo un ingreso familiar bruto igual o inferior al 350% de los más reciente lineamientos del Nivel Federal de Pobreza.
- Yes/Sí No I am not able to complete the standard eligibility determination process for NBS Benefits at this time.
En este momento, no me es posible completar el proceso de determinación de elegibilidad para beneficios de NBS.

The information in this application is true, correct, and complete to the best of my knowledge.
La información anterior es verdadera, correcta, y completa según mi comprensión.

Signature – Applicant/Parent/Guardian/Representative /Firma Solicitante/Padre/Tutor/Representante	Date / Fecha

Physician Specialist Statement of Immediate Medical Need

Physician Signature			Date	
Physician Phone		Fax		