

Instrucciones

Actualizado: 9/2023

Objetivo:

El formulario 3029 es la solicitud para el Programa de Atención Médica Primaria (PHC) y el Programa de Pago por Servicio de Salud Materno Infantil (MCH FFS) del Título V.

Transmisión

El solicitante completará el formulario 3029 en una clínica participante.

Retención del formulario

El representante del personal de elegibilidad del otorgante llena la solicitud junto con el solicitante. Pasa a formar parte del historial médico del cliente y debe retenerse de acuerdo con las normas de conservación de expedientes médicos.

Instrucciones específicas

Llene todos los campos a menos que se especifique algo distinto.

Sección I. Información del solicitante: El solicitante principal debe ser un adulto. Si se presenta esta solicitud para un menor, se tiene que usar el nombre del padre o tutor legal como el solicitante.

Sección II. Miembros del hogar: Indique quiénes son todos los miembros del hogar. Los miembros del hogar incluyen al solicitante y a cualquier persona que viva con él y de la que sea legalmente responsable. La responsabilidad legal existe entre:

- personas que están casadas;
- un padre legal y un hijo menor de edad (menor de 18 años), incluidos los niños por nacer; o bien
- la persona responsable de la custodia y un hijo menor.

Si está casado, incluya a las siguientes personas: usted, su cónyuge, los hijos comunes, los hijos no comunes y los hijos por nacer.

Si no está casado y vive con una pareja, pero no tienen hijos comunes (incluidos los hijos por nacer), incluya lo siguiente: usted mismo, sus hijos legales (del solicitante) y cualquier hijo por nacer.

Si no está casado y vive con una pareja con la que tiene hijos en común, incluya lo siguiente: usted mismo, su pareja, sus hijos legales (del solicitante) y cualquier hijo por nacer.

Los hijos mayores de 17 años se consideran adultos y deben presentar su propia solicitud, en la que se incluyan a sí mismos como solicitantes.

Los solicitantes deben responder Sí o No a las siguientes preguntas de la solicitud:

- ¿Tiene usted o alguien incluido en la solicitud una necesidad médica o dental inmediata?
- ¿Es usted o alguien incluido en la solicitud un veterano?
- ¿Tiene algún miembro del hogar alguna circunstancia especial que pueda afectar que se incluyan en el recuento de miembros del hogar?

El personal de elegibilidad debe verificar que cada miembro del hogar incluido en la lista cumpla los requisitos para ser incluido en el recuento total de miembros del hogar.

Sección III. Determinación de derecho automático a los servicios de PHC: *Si una persona **no** está solicitando el programa PHC, seleccione "No" y pase a la Sección IV.

Si una persona solicita el programa PHC, indique si está inscrito en alguno de los siguientes beneficios:

- Programa de Seguro Médico para Niños Perinatal (CHIP-P)
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Programa WIC (para mujeres, bebés y niños)
- Medicaid para mujeres embarazadas
- Programa Healthy Texas Women (HTW)

Si alguien que solicita PHC da una prueba de inscripción activa en uno de estos programas y se verifica el estado actual de la inscripción llamando a

TMHP o mediante TexMedConnect, se puede conceder derecho automático a los servicios para el programa PHC y no es necesario completar la Sección IV. Continúe con la Sección V y **registre la verificación en las notas de la Sección VI.**

Sección IV. Ingresos del hogar:

Indique los ingresos brutos del hogar e incluya la documentación. Los ingresos del hogar incluyen los ingresos de los miembros adultos del hogar. Consulte el Apéndice I, "Definición de ingresos", del Manual de políticas del programa para obtener información adicional sobre los distintos tipos de ingresos. Proporcione documentación que refleje con precisión los ingresos brutos fechados en un plazo de 60 días a partir de la fecha de solicitud.

En la primera columna, escriba el nombre del miembro del hogar que recibe el dinero. En la segunda columna, escriba el nombre de la dependencia, persona o empleador que proporciona el dinero. En la tercera columna, escriba el tipo de ingresos que recibe mensualmente. En la cuarta columna, escriba la cantidad de dinero recibida. En la quinta columna, escriba la frecuencia con la que la persona recibe el dinero. En la sexta columna, escriba la cantidad mensual total de ingresos que recibe la persona, utilizando los datos de las columnas cuarta y quinta.

Para calcular los ingresos mensuales:

- los ingresos semanales se multiplican por 4.33;
- los ingresos recibidos cada dos semanas se multiplican por 2.17; y
- los ingresos recibidos dos veces al mes se multiplican por 2.

Reste las deducciones permitidas para determinar los ingresos netos contables mensuales, que pueden incluir:

- los pagos de manutención de los hijos que se hayan efectuado legalmente;
- cuidado infantil de niños dependientes, hasta \$200 por niño al mes, para niños menores de 2 años;
- cuidado infantil de niños dependientes, hasta \$175 por niño al mes, para niños mayores de 2 años;
- cuidado de adultos discapacitados, hasta \$175 al mes.

Section V. Confirmación: El solicitante debe leer, poner sus iniciales, firmar y fechar el formulario. Si una persona que no sea el solicitante llena el formulario, esa persona debe firmar, declarar su relación con el solicitante y fechar el formulario.

Section VI. Certificación del contratista sobre el derecho a los servicios: El personal de verificación de requisitos debe responder a todas las preguntas y debe incluirse la documentación de residencia e ingresos. Debe incluirse la documentación de la fecha de nacimiento para el programa CHD del Título V.

Sección VII. Certificación del contratista sobre el derecho a los servicios:

Escriba la fecha en que se aprobó la participación.

Anote el nombre del cliente, el programa para el que reúne los requisitos, el tipo de servicios que recibirá, el tipo de determinación y la cantidad de copago*.

*Los contratistas pueden optar por renunciar a los copagos. Si se cobran copagos, deberán cumplirse todos los requisitos de copago de la política del programa. Consulte el manual de políticas del programa, Sección 4000, sobre Requisitos de participación y cuotas.

Al firmar la solicitud, el personal de verificación de requisitos da fe de lo siguiente:

- los solicitantes han cumplido los requisitos para participar en el programa;
- las solicitantes embarazadas han sido notificadas de que deben solicitar los programas de TMHP; y
- se ha determinado que los solicitantes reúnen los requisitos para participar en otros programas, incluidos Medicaid y CHIP.

Este formulario debe guardarse con el expediente del cliente y no debe enviarse a la oficina estatal de la HHSC.

Los clientes que cumplan los requisitos deben recibir:

Formulario 3046, Declaración de derechos y responsabilidades del solicitante
Formulario 3048, Notificación de cumplimiento de los requisitos

Los clientes con presunción de derecho a beneficios deben recibir:

Formulario 3046, Declaración de derechos y responsabilidades del solicitante

Formulario 3045, Aviso de presunción de derecho a beneficios

Los solicitantes que no reúnan los requisitos para recibir los beneficios de un programa deben recibir:

Formulario 3047, Aviso de no reunir los requisitos