

Instrucciones

Última actualización: 11/2025

Propósito

El formulario 3029-S 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.

Entrega del formulario

El solicitante llenar el formulario 3029 en una clínica participante.

Retención del formulario

El representante del personal encargado de verificar que el otorgante reúna los requisitos 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 lo contrario.

Sección 1. 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 2. 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 alguien menor de 18 años, incluidos los niños que están 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 las siguientes personas: 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 las siguientes personas: Usted mismo, su pareja, sus hijos legales (del solicitante) y cualquier hijo por nacer.

Los hijos mayores de 18 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 algún otro solicitante, una necesidad médica o dental inmediata?
- ¿Es usted u otro solicitante veterano?
- ¿Tiene algún miembro del hogar circunstancias especiales que podrían afectar su inclusión en el hogar?

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

Sección 3. Determinación de derecho automático a los servicios de PHC: *Si una persona no está solicitando el programa PHC, seleccione "No". Pase a la sección 4.

Si una persona solicita el programa PHC, indique si el solicitante o uno de sus dependientes está inscrito en uno de los siguientes programas:

- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Programa WIC (para mujeres, bebés y niños)
- Medicaid para mujeres embarazadas
- Medicaid para Niños

El derecho automático a los servicios se puede otorgar para el programa PHC siempre y cuando:

- un solicitante de PHC presente pruebas de estar activamente inscrito en uno de estos programas; y
- se verifique el estatus de la inscripción al llamar a TMHP o a través de TexMedConnect.

Si esto aplica, no llene la sección 4. Continúe con la Sección 5 y **registre la verificación en las notas de la sección 6.**

Sección 4. 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 del Programa de Epilepsia](#) en el Manual de las normas del Programa de Epilepsia (EPPM) para más información sobre los diferentes 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.

Escriba los siguientes datos:

- en la primera columna, indique el nombre del miembro del hogar que recibe el dinero;
- en la segunda columna, indique el nombre del departamento, la persona o el empleador que otorga el dinero;
- en la tercera columna, indique el tipo de ingresos recibidos mensualmente;
- en la cuarta columna, indique la cantidad de dinero recibido;
- en la quinta columna, indique la frecuencia o qué tan seguido recibe el dinero la persona; y
- en la sexta columna, indique la cantidad total mensual de ingresos que recibe la persona, según los datos de la cuarta y quinta columna.

Para calcular los ingresos mensuales:

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

Reste las deducciones permitidas para determinar los ingresos brutos mensuales ajustados del hogar, 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; o bien:
- cuidado de adultos discapacitados, hasta \$175 al mes.

Sección 5. Reconocimiento: 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.

Sección 6. Criterios 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 7. Certificación del derecho a los servicios: Escriba la fecha en que reunió los requisitos.

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 tienen la opción de eliminar los copagos. Si se aplican los copagos, se deben cumplir con todos los requisitos de copago de la política del programa. Consulte el EPPM, 4000, *Derecho a servicios y tarifas*.

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

- los solicitantes han cumplido con 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 3012-S, *Aviso de cumplimiento de requisitos*

Los clientes con presunción de derecho a beneficios deben recibir:

Formulario 3045-S, *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-S, *Aviso de no admisibilidad*