

Instrucciones

Actualizado: 7/2023

Objetivo:

El formulario 3094-S se usa para solicitar beneficios del Programa de Epilepsia.

Entrega del formulario

El solicitante debe llenar o completar el formulario 3094-S en la clínica donde elija acudir para recibir los servicios.

Retención del formulario

El contratista y el solicitante deben llenar el formulario juntos. Este formulario pasará a ser parte del historial clínico del cliente y se archivará según las normas de retención de los expedientes médicos.

Instrucciones detalladas

Sección I. Datos sobre el adulto responsable principal o el solicitante

adulto: Llene todos los campos a menos que se indique lo contrario. Si un padre de familia está solicitando servicios para un menor, debe completar la Sección I con su propia información. La información sobre el menor se incluirá en la Sección II.

Preferencias de contacto: Seleccione sus preferencias sobre cómo este centro puede comunicarse con usted.

Llenar esta sección es opcional y no afectará su derecho a recibir los servicios. Este centro mantiene las direcciones de correo electrónico en estricta confidencialidad y no las comparte ni las vende a terceros.

¿Tiene usted u otro solicitante una necesidad médica inmediata?

Seleccione Sí o No para indicar si tiene una necesidad médica inmediata.

¿Es usted veterano? Marque Sí o No.

Sección II. Información sobre el hogar: Anote el número de personas que viven en el hogar. Llene las líneas con el nombre de todas las personas que viven con usted y de quien usted es responsable legalmente. También indique si el miembro del hogar dispone de cobertura integral de atención médica marcando Sí o No.

Cómo determinar el número de miembros de su hogar:

- Si usted está casado (aunque sea matrimonio de hecho), anote su nombre, el nombre de su cónyuge y el de todos los hijos que tengan juntos o por separado (incluidos los bebés que aún no nacen).
- Si no está casado, anote su nombre y el de sus hijos, si los tiene (incluidos los bebés que aún no nacen).
- Si no está casado, pero vive con su pareja con quien tiene hijos en común, anote su nombre, el nombre de su pareja, el de sus hijos y el de los hijos que tiene con su pareja (incluidos los bebés que aún no nacen).

Nota: Los solicitantes mayores de 18 años se consideran adultos. No incluya como miembros de su hogar a las personas mayores de 18 años o cualquier otro adulto que viva en la casa. Los menores deben incluir a sus padres o tutores legales que vivan en la casa.

Marque Sí o No si usted o alguien que vive en su hogar tiene circunstancias especiales. Si contesta Sí, dé una explicación detallada sobre las circunstancias especiales. Las circunstancias especiales son situaciones inusuales que casi nunca ocurren.

Sección III. Otros beneficios: Marque las casillas correspondientes si usted recibe alguno de los siguientes beneficios:

- Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) Perinatal
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Programa WIC (para mujeres, bebés y niños)
- Medicaid para mujeres embarazadas
- Programa Texas Women's Health Program (TWHP)
- Ninguno de estos

Sección IV. Confirmación: El solicitante debe leer, poner sus iniciales, firmar y fechar el formulario. Si alguien ayuda al solicitante a llenar el formulario, esa persona debe firmar, escribir su relación con el solicitante y anotar la fecha. Si el solicitante recibe ayuda para llenar la Sección IV de un amigo o de un miembro del personal de la agencia que determina la participación, esa persona debe firmar aquí.

For Facility Office Use Only — This section is completed by facility staff only.

Section V. Household Income Information — List all the applicant's household income, including:

- government checks;
- money from work;
- money collected from charging room and board;
- cash gifts, loans or contributions from parents, relatives, friends and others;
- a sponsor's income;
- school grants or loans;
- child support; and
- unemployment benefits.

In the first column, list the name of the household member who receives the money. In the second column, enter the name of the agency, person or employer who provides the money. In the third column, enter the type of income received per month. In the fourth column, enter the amount of money received. In the fifth column, enter the frequency or how often the person receives the money. In the sixth column, enter the total monthly amount of income the person receives, using the data from the fourth and fifth columns.

Calculate the Total Countable Monthly Income.

Subtract the Deductions to determine Net Countable Monthly Income, which may include:

- child support payments;
- dependent child care, up to \$200 per child per month for children under age 2;
- dependent child care, up to \$175 per child per month for children age 2 and older; or
- adults with disabilities, up to \$175 per adult per month.

Enter any notes in the Verification of income box.

Section VI. Program Eligibility

Determine program eligibility for each household member, using the corresponding names from Section II, Household Information.

Section VII. Contractor Eligibility Certification

This section is completed, signed and dated by the facility eligibility staff.

Enter the Eligibility Effective Date: Enter the date the applicant is eligible.

Complete the following numbered items:

1. Select Yes or No for all household members eligible as Texas residents.
2. Enter the Net Countable Monthly Income. This number was calculated in Section V under Household Income Information.
3. Calculate the individual's household Federal Poverty Level (FPL) percentage, using the applicable policy (include applicable deductions) and fill in the FPL. Refer to current year's [HHS Federal Poverty Guidelines](#).
- 4a. Check Yes or Waived for the proof of income.
- 4b. Enter reason for waiver for the proof of income.
5. Check the appropriate program(s) for which the eligibility specialist assessed the applicant's potential eligibility: Medicare, Medicaid, CHIP, CHIP Perinatal, Private insurance (through employer or Health Insurance Marketplace), Veterans Affairs (VA) benefits, TRICARE or Workers' Compensation.
6. Select Yes or No if facility eligibility staff assisted the applicant in applying to other programs.
7. Select Yes, No or N/A to determine if the applicant is presumptively eligible.
8. Enter the presumptive eligibility end date.

Copayment amount (if applicable): Enter the copayment amount collected by the facility for each program, based on the applicant's household and income information.

Notes: Document other appropriate information concerning eligibility and screening.

Name of Facility, Facility Staff Member Signature and Date — The facility staff member enters the agency name, signs and dates the form.

Note to Facility: Form should be kept with client's record. Form should not be submitted to state office.