



APPLICANT INFORMATION / DATOS DEL SOLICITANTE

Tell us about the applicant who needs our help. If applicant is under age 18; the parent, guardian, or representative must complete the application in full. / Llene los datos de la persona que necesita nuestra ayuda. Si el solicitante es menor de 18 años; el padre, tutor, o representante debe completar la solicitud en su totalidad.

First Name / Primer Nombre:	Middle Name / Segundo Nombre:	Last Name / Apellido:
Date of Birth / Fecha de Nacimiento:	Female / Mujer <input type="checkbox"/> Male / Hombre <input type="checkbox"/>	NBS Benefits Account #/ # de Cuenta de NBS:
Diagnosis/ Diagnóstico:		
Physician Specialist's Name: Nombre del Médico Especialista:	What type of benefits are you requesting? ¿Qué tipo de beneficios está solicitando?	

RESIDENCE INFORMATION / DATOS DE RESIDENCIA

Home Address / Domicilio:		Telephone / Teléfono:
City / Ciudad	State / Estado:	Zip Code / Código Postal:
Mailing Address (if different) / Dirección Postal (si es diferente):		
City / Ciudad:	State / Estado:	Zip Code / Código Postal:

➤ **Proof of residency:** Proof must show that the applicant, parent, or guardian lives at the address listed above and is within the boundaries of Texas.

Comprobante de residencia: La prueba debe mostrar que el solicitante, padre, o tutor vive en la dirección mencionada anteriormente y se encuentra dentro de los límites de Texas.

➤ Proof must be dated within 60 days from receipt in the Newborn Screening Unit. Examples of common proofs include: (See table below.)

La prueba debe ser fechada dentro los últimos 60 días a partir de ser recibida en la oficina del Programa de Detección de Recién Nacidos. Ejemplos de pruebas comunes incluyen: (Vea la tabla a continuación.)

Current Texas Driver License	Licencia de Conducir de Texas Corriente
Current Texas Voter Registration	Registro de Votante de Texas Corriente
Current Lease	Contrato de Alquiler Corriente
Rent Receipt	Recibo de Renta
Utility Bill	Factura de Servicios Públicos
Telephone Bill	Factura de Teléfono

HOUSEHOLD INFORMATION / INFORMACIÓN DE MIEMBROS DEL HOGAR**List all household members living in the home. / Anote todos los miembros que viven en el hogar.**

First and Last Name Primer Nombre y Apellido	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Male Female Hombre Mujer	Live in Texas? ¿Vive en Texas? Yes/Si/No	Relationship to Applicant Parentesco con el Solicitante
1.				Applicant/Solicitante
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

- Add an additional page for more household members.
- Agregar una página adicional para más miembros del hogar.

PREGNANCY INFORMATION / INFORMACIÓN DE EMBARAZO

Is the applicant or is anyone in the household pregnant?
¿Está el solicitante o alguien en el hogar embarazada?

Yes/Sí No

If "Yes," who? / Si contesta "Sí," ¿Quién?

Expected Due Date: / Fecha Esperada:

- An unborn child is also counted in the household size.
- Un niño por nacer también se cuenta en el tamaño del hogar.

INCOME INFORMATION / DATOS DE INGRESOS

Name of person receiving money. Nombre de la persona que recibe dinero.	Name of agency, person, or employer who provides the money. Nombre del patrón, la persona, o la agencia que paga el dinero.	Amount received. Cantidad recibida.	How often received? (daily, weekly, every two weeks, monthly) ¿Con qué frecuencia lo recibe? (diariamente, por semana, cada quincena, mensual)

- **Proof of Income:** You must send proof of income of every member legally obligated to support the applicant. Examples of common proofs include: (See chart below.)
Comprobantes de Ingresos: Es necesario enviar un comprobante de cada miembro del hogar legalmente responsable de la manutención del solicitante. Ejemplos de pruebas comunes incluyen: (Vea tabla abajo.)
- **Proof** must be dated within 60 days from receipt in the Newborn Screening Program.
La prueba debe ser fechada dentro los últimos 60 días a partir de ser recibida en la oficina del Programa de Detección de Recién Nacidos.

Paycheck Stubs	Talones de Cheques
Federal Income Tax Return	Declaración Federal de Impuestos
Social Security Benefits	Beneficios de Seguro Social
Social Security Disability	Seguro Social de Discapacidad
Supplemental Security Income	Seguro Suplementario
Unemployment Compensation	Compensación por Desempleo
Child Support Income	Ingresos de Manutención Infantil
Veterans Administration Payments	Pagos de Administración de Veteranos
Statement of Self-Employment Form and Receipts	Declaración de Ingresos de Negocio Propio y Recibos

OTHER PROGRAM BENEFITS / OTROS BENEFICIOS DE PRESTACIONES DE SALUD

NBS Benefits is a payer of last resort. Applicants are required to apply to other programs or benefits **before** applying to NBS Benefits. The other programs or benefits are:

- Medicaid;
- Children’s Health Insurance (CHIP); and
- Children with Special Health Care Needs (CSHCN);

NBS Benefits es un pagador de último recurso. Solicitantes deben aplicar para otros programas o beneficios **antes** de solicitar para los beneficios de NBS Benefits. Los otros programas o beneficios son:

- Medicaid;
- Seguro de Salud para Niños (CHIP); y
- Programa de Servicios para Niños con Necesidades de Salud Especiales (CSHCN)

OTHER PROGRAM BENEFITS / OTROS BENEFICIOS DE PRESTACIONES DE SALUD

Does the applicant have Medicaid? / ¿El solicitante cuenta con Medicaid ?	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
Medicaid Number: / Número de Medicaid:	
Does the applicant have CHIP? / ¿El solicitante cuenta con CHIP ?	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
CHIP Client Number:/ Número de CHIP:	
Does the applicant have Children with Special Health Care Needs (CSHCN) benefits? ¿El solicitante cuenta con prestaciones del Programa de Servicios para Niños con Necesidades de Salud Especiales (CSHCN)?	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
CSHCN Client Number: / Número de CSHCN:	
Does the applicant have Medicare Part B? ¿El solicitante cuenta con Medicare Parte B?	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No

- If you receive benefits from any of the above programs, you must send a copy of the identification card or letter of eligibility.
- Si recibe beneficios de alguno de los programas anteriores, debe enviar una copia de la tarjeta de identificación o carta de elegibilidad.

PRIVATE HEALTH INSURANCE INFORMATION / DATOS DE SEGURO PRIVADO

Does the applicant have any kind of private health insurance? ¿El solicitante cuenta con seguro privado?	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
Does the policy cover medical costs? ¿La póliza de seguro cubre gastos médicos?	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
Does the policy cover prescribed medications? ¿La póliza de seguro cubre medicamentos con receta?	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
Name of Insurance Plan / Nombre del Plan de Seguro:	Policy Number / Número de Póliza:

- If you have private health insurance, you must send a copy of your insurance identification card.
- Si tiene un seguro de salud privado, debe enviar una copia de su tarjeta de identificación.

ACKNOWLEDGEMENT / ENTIENDO QUE

I understand that this application is a legal document. By signing, I attest that the facts in the application are true and correct. I understand that if the application is not complete, it may delay the approval of benefits.

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

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

**You must send your application and supporting documents to your Physician’s Specialist Office.
Debe enviar su solicitud y los documentos de respaldo a la Oficina de su Médico Especialista.**