



Adult Safety Net (ASN) program
ADULT ELIGIBILITY SCREENING RECORD

PURPOSE: To determine and record eligibility for the DSHS ASN program. A record of the eligibility status of adults receiving vaccine supplied by DSHS must be maintained either in hard copy by the clinic providing the service or in an electronic system such as TWICES.

Date of Screening: (mm/dd/yyyy)

Name: (Last) (First) (Middle initial)

Date of Birth: (mm/dd/yyyy) Gender: Male Female Veteran: Yes No

Important Information for Former Military Service Members: Women and men who served in any branch of the United States Armed Forces, including Army, Navy, Marines, Air Force, Coast Guard, Reserves or National Guard may be eligible for additional benefits and services. For more information, please visit the Texas Veterans Portal at https://texvet.org/partners/texasgov.

ASN Eligibility Criteria (excluding COVID-19, please check only one box below):

- I declare that I qualify for vaccines through the ASN program because I do not have health insurance.
I am 19 years of age and I have been referred to finish a vaccine series that I began when I was 18 years of age or younger and eligible under the Texas Vaccines for Children (TVFC) program.
I declare that I qualify for vaccines through Disaster Relief/Outbreak efforts.
I declare that I qualify for ASN vaccines under a Special Initiative Program.

COVID-19 Vaccine Eligibility Criteria (Please check only one box below):

- I declare that I qualify for the COVID-19 vaccines through the ASN program because I do not have health insurance.
I declare that I qualify for the COVID-19 vaccine through the ASN program because my insurance does not cover COVID-19 vaccines.
I declare that I qualify for the COVID-19 vaccine through the ASN program because my insurance does not provide first-dollar coverage of COVID-19 vaccinations.

Referring Provider:

Patient Signature: Date: (mm/dd/yyyy)

NOTE: Knowingly falsifying information on this document constitutes fraud. By signing this form, I hereby attest that the above information is true and correct. I declare that the person named above is eligible to receive ASN vaccines.

With few exceptions, you have the right to request and to be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the agency to correct any information that is determined to be incorrect.



Programa de la Red de Protección de la Salud en Adultos (ASN)

REGISTRO DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN PARA ADULTOS

PROPÓSITO: Determinar y registrar el derecho a la participación en el Programa de la Red de Protección de la Salud en Adultos (ASN) del DSHS. El registro sobre el derecho a participar en el programa de los adultos que reciben vacunas suministradas por el DSHS se debe conservar en papel en la clínica que presta el servicio o en un sistema electrónico como TWICES. Las copias en papel deben conservarse durante cinco años. Cada vez que un adulto vaya a vacunarse, será necesario determinar y documentar si reúne los requisitos para participar en el programa de ASN.

Fecha de la determinación: (mm/dd/aaaa)

Nombre: (Apellido) (Primer nombre) (Inicial segundo nombre)

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) Sexo: [] Hombre [] Mujer Veterano: [] Sí [] No

Información importante para antiguos miembros de las Fuerzas Armadas: Los hombres y las mujeres que hayan servido en algún cuerpo de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos, incluidos el Ejército, la Fuerza Naval, la Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el Cuerpo de Reservistas o la Guardia Nacional, podrían tener derecho a otros servicios y beneficios. Para obtener más información, visite el sitio web de los veteranos de Texas en https://texvet.org/partners/texasgov.

Requisitos para participar en el programa ASN (marque solo una de las siguientes casillas):

- [] Declaro que cumpla los requisitos para recibir vacunas a través del programa de ASN porque no tengo seguro médico.
[] Tengo 19 años y he sido remitido al programa para terminar de recibir la serie completa de vacunas que empecé a recibir cuando tenía 18 años o menos y cumpla los requisitos para participar en el programa de Vacunas para Niños de Texas (TVFC). Esta opción solo está disponible hasta que cumpla 20 años. La "serie de vacunas" incluye las vacunas contra la hepatitis A, la hepatitis B, las paperas, el sarampión y la rubéola (MMR), y la vacuna antimeningocócica.
[] Declaro que cumpla los requisitos para recibir vacunas a través de los servicios de ayuda en caso de desastre/pandemia. Los CDC eximen del requisito de seguro médico (la persona puede tener seguro o no tenerlo) para todos los servicios de ayuda en caso de desastre.
[] Declaro que cumpla los requisitos para recibir vacunas de la ASN bajo el Programa de Iniciativa Especial. Los CDC eximen del requisito de seguro médico (la persona puede tener seguro o no tenerlo) a fin de permitir la administración en conjunto con la ASN de vacunas para una población específica.

Criterios que deben cumplirse para poder recibir la vacuna contra el COVID-19 (marque solo una de las siguientes casillas):

- [] Declaro que reúno los requisitos para recibir las vacunas contra el COVID-19 a través del programa de ASN porque no tengo seguro médico.
[] Declaro que reúno los requisitos para recibir la vacuna contra el COVID-19 a través del programa de ASN porque mi seguro no cubre las vacunas contra el COVID-19.
[] Declaro que reúno los requisitos para recibir la vacuna contra el COVID-19 a través del programa de ASN porque mi seguro no proporciona la cobertura first-dollar para las vacunas contra el COVID-19. (La cobertura first-dollar hace referencia al pago total por adelantado de los servicios de atención médica antes del deducible y sin ningún costo compartido).

Proveedor de referencia:

Firma del paciente: Fecha: (mm/dd/aaaa)

NOTA: La falsificación intencionada de los datos contenidos en este documento constituye un fraude. Al firmar este formulario, doy fe de que la información proporcionada más arriba es verídica y correcta. Declaro que la persona arriba mencionada reúne los requisitos para recibir vacunas a través del programa de la ASN.

Con pocas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y ser informado sobre los datos que el Estado de Texas recopila sobre usted. Tiene derecho a recibir y revisar los datos si lo solicita. También tiene derecho a pedir a la entidad estatal que corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Para más información sobre la notificación de privacidad, visite http://www.dshs.texas.gov (Fuente: Código Gubernamental, secciones 552.021, 552.023 y 559.004.)