

Necesidades especiales de salud (SHCN) Aplicación



Financiera

Se requiere la siguiente información de todas las personas financieramente responsables que viven con el solicitante:

☐ **Si le pagan:**

- De cada semana
- Cada dos semanas
- Dos veces al mes

Nosotros necesitamos: Sus **seis (6)** talones de pago o cheques de pago más recientes. Asegúrese de que sean secuenciales.

☐ **Si te pagan:**

- Mensual

Nosotros necesitamos: Sus **tres (3)** talones de pago o cheques de pago más recientes. Asegúrese de que sean secuenciales.

☐ Si eres **autónomo**, nosotros necesitamos:

- Su estado de ganancias y pérdidas de los últimos **tres (3)** meses.

☐ Si **no recibe** recibos de pago o cheques de pago o ha estado con su empleador menos de tres meses, necesitamos:

- Una declaración formal de su empleador que establezca lo siguiente:
 - ☐ Firmada y fechada por la empleadora
 - ☐ Contiene una declaración de ganancias promedio o probables
 - ☐ Con qué frecuencia le pagan
 - ☐ La información de contacto de sus empleadores

☐ Si estas **desempleado** necesitamos :

- Prueba de cualquier fondo de desempleo u otra asistencia
- Una carta firmada y fechada por usted explicando su situación actual

Por favor proporcione documentación por escrito de ingresos adicionales, tales como: SSI, TANF, manutención de los niños etc.

Documentación requerida

Documentos legales

- ☐ Una copia completa de los documentos que muestren los acuerdos de custodia y manutención de los niños
- ☐ Certificado de Nacimiento (si no es de los Estados Unidos)
- ☐ Documentación de poder, custodia u otros documentos similares si el solicitante es mayor de 18 años y no puede firmar por sí mismo

Documentos de seguro medico

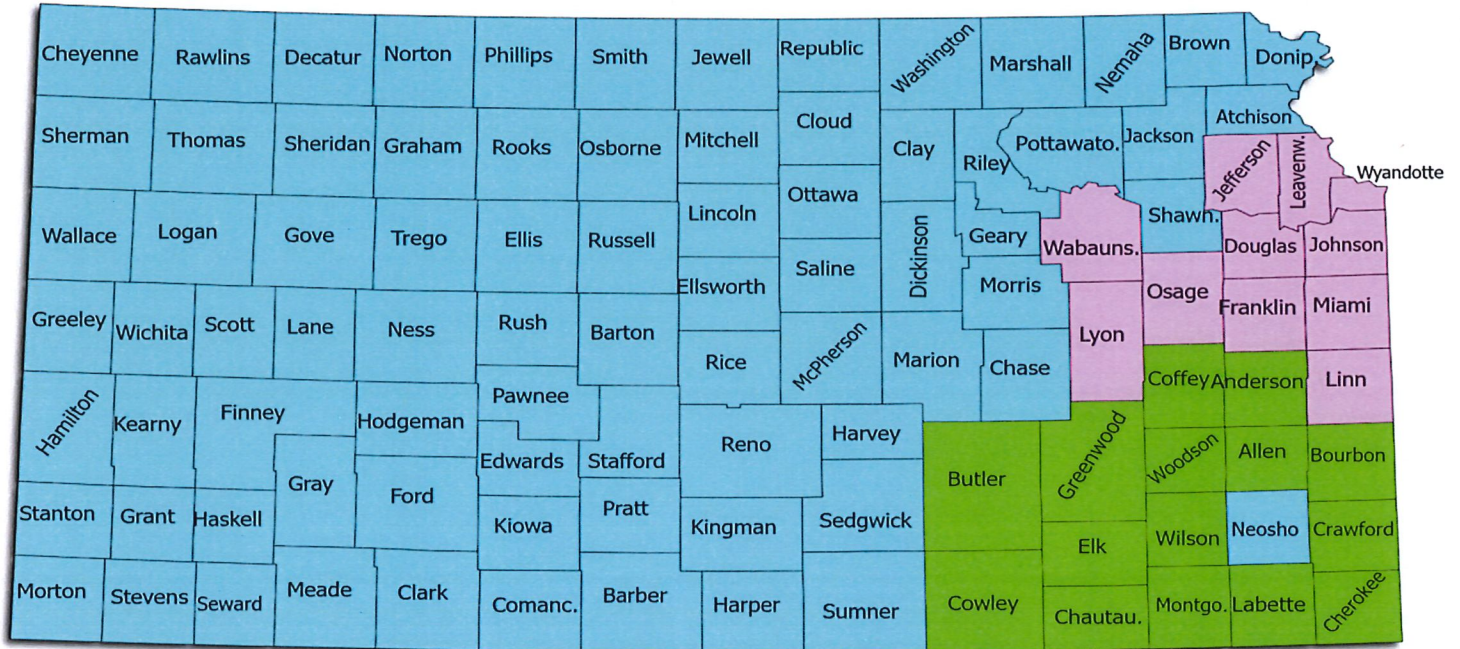
- ☐ Si tiene un seguro privado, envíe una copia de la tarjeta de seguro y la página de resumen de su seguro que contiene la información de su copago, deducible y coseguro por persona

Registros médicos

- ☐ Si es nuevo en nuestro programa, enviar registros médicos con su solicitud acelerará significativamente el proceso de la solicitud



Mapa de las oficinas de SHCN



Topeka Oficina Administrativa	1000 SW Jackson, Ste. 220 Topeka, KS 66612 P: 785.296.1313
Departamento de salud del condado del Crawford	410 E. Atkinson Ave. Ste A Pittsburg, KS 66762 P: 620.231.5411 F: 620.231.126
Departamento de salud del Condado del Miami	1201 Lakemary Drive Paola, KS 66071 P: 913.294.2431 F: 913.294.9506

Referido Por: _____

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lenguaje Primario: _____

Diagnostico: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección: _____

Estado: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Condado: _____ Teléfono: _____

Servicios Especiales: ☐ Terapia Ocupacional ☐ Terapia de Habla ☐ Email: _____
☐ Terapia Física

Medicación Actual: _____

¿Está su hijo recibiendo actualmente otros servicios? ☐ Sí ☐ No

Si es así por favor anótelos aquí: _____

*Identidad étnica: ¿Eres hispano, latino o español? ☐ Sí ☐ No

*Raza: ☐ Americano Nativo o Nativo de Alaska ☐ Afroamericano
☐ Nativo de Hawai o otras Islas del Pacífico ☐ Asiático ☐ Blanco Otro: _____

*La respuesta no afectará la elegibilidad. La respuesta se usará para recopilar información sobre las personas que solicitan el programa. Los servicios se brindan de manera no discriminatoria de acuerdo con las regulaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos y el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964. Cualquier persona que crea que se practica la discriminación por motivos de raza, color u origen nacional, tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas o el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Estado civil del padre: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado

Nombre de los padres/guardián legal con quien el solicitante vive :

Nombre: _____ Teléfono : _____ Relación con el solicitante: _____

Nombre de los padres/guardián legal que NO vive con el solicitante:

Nombre: _____ Teléfono : _____ Relación con el solicitante: _____



Necesidades especiales de salud (SHCN) Aplicación



Anote todas las personas viviendo en el hogar:

Nombre completo:

Fecha de Nacimiento:

Relación con el
solicitante:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Anote todos los ingresos recibidos por las personas en el hogar:

Ingreso 1	
Nombre del empleado	_____
Empleador	_____
Teléfono del empleador	_____
Ingresos brutos por periodo de pago	_____
Frecuencia de Pago	☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes
Otro:	_____

Ingreso 2	
Nombre del empleado	_____
Empleador	_____
Teléfono del empleador	_____
Ingresos brutos por periodo de pago	_____
Frecuencia de Pago	☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes
Otro:	_____

Ingreso 3	
Nombre del empleado	_____
Empleador	_____
Teléfono del Empleador	_____
Ingresos brutos (por periodo de pago)	_____
Frecuencia de Pago	☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes
Otro:	_____

Ingreso 4	
Nombre del empleado	_____
Empleador	_____
Teléfono del Empleador	_____
Ingresos brutos (por periodo de pago)	_____
Frecuencia de Pago	☐ Semanal ☐ Cada Dos Semanas ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes
Otro:	_____

Anote cualquier ingreso de administracion de seguro social, manutención infantil u otros ingresos aqui:

Tipo de ingreso	Cantidad recibida	Frecuencia de pago

Anote todos los activos en efectivo de todas las personas que viven en su hogar, incluidas las cuentas corrientes y de ahorro, efectivo, certificados de depósito, acciones y bonos - (401)Ks y otros fondos de retiro similares pueden ser excluidos:

Nombre del beneficiario	Tipo de recurso	Valor



Necesidades especiales de salud (SHCN) Aplicación



Anote la información del seguro medico del solicitante:

Si tiene seguro medico privado, envíe una copia de la tarjeta del seguro y la página de resumen de su seguro que indique la cantidad del co-pago, el deducible y el co-seguro:

Nombre del seguro medico	Fecha de inicio	Póliza y numero del grupo	Deducible por familia/individual	Cobertura Dental/Ortodoncia (Sí / No)

Responsabilidades de la familia

Por la presente acepto lo siguiente:

1. Si no tiene seguro, el solicitante debe solicitar Medicaid, si corresponde.
2. Solicite los beneficios del seguro y asigne dichos beneficios al hospital, a los médicos y a los proveedores de equipos y artículos médicos solicitados por el médico tratante.
3. Solicite los beneficios de seguro de cualquier seguro no asignable mediante el pago al hospital, al médico y a los proveedores de equipos y artículos médicos ordenados por el médico tratante.
4. Pagar a SHCN cualquier cantidad del seguro que se envíe directamente a mí, si el pago del seguro se realiza por un tratamiento o equipo proporcionado y pagado por el programa Necesidades Especiales de Atención Médica.
5. También me comprometo a notificar a SHCN, en un plazo de 30 días, lo siguiente:
 - a. El solicitante adquiere un seguro de salud.
 - b. El solicitante pasa a ser elegible para Medicaid, Seguridad de Ingreso Suplementario, pagos por incapacidad y pagos TANF
 - c. Cambios en la dirección del solicitante, ingresos, estado civil, custodia de los hijos, ingresos familiares o activos en efectivo de \$ 500 al año u otras circunstancias que afectan al solicitante o persona elegible.

Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender. Comprendo que, además de otras sanciones, es ilegal obtener, intentar obtener o ayudar a otra persona a obtener, mediante una declaración o representación deliberadamente falsa, o mediante suplantación de identidad, confabulación u otro dispositivo fraudulento, una ayuda a la que ella o yo no tenemos derecho, y esto constituirá un delito de robo, tal como se define en K.S.A. 2011 Supp. 21-5801, que podría ser un delito grave.

Firma del padre, guardián legal o solicitante si es mayor de 18 años o representante autorizado

Firma del solicitante si es mayor de los 18 años o representante autorizado

Fecha

Relación con el solicitante



Necesidades especiales de salud (SHCN) Aplicación



CONSENTIMIENTO DE ENTREGA DE INFORMACION

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Autorizo al programa Necesidades Especiales de Atención Médica a obtener información médica y de los siguientes (marcar las casillas confirma el consentimiento). Por favor incluya información de contacto:

✓	Tipo de Proveedor	Nombre del Proveedor	Información de Contacto o Ubicación
☐	Hospital		
☐	Médico		
☐	Distrito Escolar		
☐	Trabajador Social		
☐	Cuidador Infantil		
☐	Medicaid / KanCare		
☐	Farmacia		
☐	Padres como Maestros		
☐	Early Intervention/KECDS		
☐	Departamento para Familias y Niños de Kansas		
☐	Preescolar temprana/ Preescolar		

Caducidad: esta autorización expirará en un año a partir de la fecha de la firma.

Propósito: determinación de elegibilidad médica, coordinación de la atención, garantía de calidad de los servicios de tratamiento.

Declaraciones de entendimiento:

- Entiendo la posibilidad de que SHCN vuelva a divulgar esta información y puede que ya no esté protegida por la ley federal.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.
- Si revoco esta autorización, no tendrá efecto en las acciones ya tomadas en virtud de este formulario.
- Autorizo el uso o la divulgación de los registros / información descritos.
- He leído y entiendo este formulario. He recibido una copia de este formulario.
- Soy el paciente anotado o estoy autorizado para "actuar en nombre del solicitante / paciente como representante personal del solicitante".

Firma del padre, guardián legal o trabajador social si el niño está en cuidado de acogida

Fecha

Firma del solicitante si es mayor de los 18 años o representante autorizado

Si mayor de los 18, autorizo a KDHE / SHCN a analizar mi información financiera y médica con las siguientes personas:

Nombre _____ Relación con el solicitante _____

Nombre _____ Relación con el solicitante _____

Debe ser completado por el personal de SHCN – To Be Completed by SHCN Staff

Information Being Requested: _____

Information Date (Since): _____

SHCN Staff Signature _____ Date Requested _____