

NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD (SHCN)

Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas – Oficina de Salud Familiar

Si usted necesita asistencia en llenar la aplicación, por favor contacte su oficina Regional local.

Para acelerar el proceso de la aplicación por favor complete toda la aplicación e incluya la siguiente información:

Financiera – Para determinar la elegibilidad financiera, necesitaremos copias de las fuentes de ingresos recibidos por todos los miembros del hogar que son responsables financieramente del aplicante. Por favor envíe lo siguiente:

- Seis (6) comprobantes de pago más recientes, 0 3 meses de comprobantes de pago, si le pagan una vez al mes.
- Carta del empleador(es) indicando el posible sueldo que usted recibirá en los siguientes 3 meses—la carta debe ser en papel de la compañía, con la fecha y firmada por el empleador indicando la información de contacto,
 - Si usted ha trabajado para su empleador por más de 3 meses, se requiere los comprobantes de pago. Si usted ha trabajado para su empleador por menos de 3 meses, se requiere una carta del empleador indicando el posible ingreso.
- Proporcione documentación por escrito de ingresos adicionales, tales como: beneficios por desempleo, asistencia financiera del Departamento de Niños y Familia, SSI, discapacidad, manutención por niños u otro ingreso que no sea de trabajo.
- Carta con la declaración de Pérdidas y Ganancias de su negocio, para los últimos tres (3) meses (SOLO para quienes trabajan por cuenta propia).

En raras ocasiones, cuando usted no pueda proporcionar cheques/comprobantes de pago o una carta del empleador(es), usted puede enviarnos uno o más de los siguientes documentos para verificar los ingresos anuales del hogar; pero, esta opción será aceptada solamente con la aprobación de la Gerente del Programa

- La última declaración de impuestos federales (1040 o 1040A)
- W-2's para todas las personas responsables financieramente por el aplicante en el hogar

Información Adicional:

- Si usted está divorciada/o (o se divorció después de su última aplicación SHCN) envíe una copia completa de los documentos de divorcio que muestran la custodia del aplicante.
- Si el aplicante NO es un ciudadano de los Estados Unidos, por favor envíe una copia del certificado de nacimiento del aplicante (si no la enviado anteriormente).
- Si el aplicante y/u otro miembro del hogar que esté empleado es conocido por otro nombre(s), por favor incluya esos nombres en la aplicación en la sección “Alias del Solicitante y/o Padres.”
- Documentación de custodia.
- Si tiene seguro médico privado, por favor envíe una copia de la tarjeta de seguro y la hoja del resumen del seguro con la información del copago, deductible y coseguro por persona.

Formulario de Consentimiento (página 3) - Este formulario DEBE ser completado y firmado. El consentimiento debe estar firmado por el aplicante si tiene 18 años o mayor (o por el guardián legal).

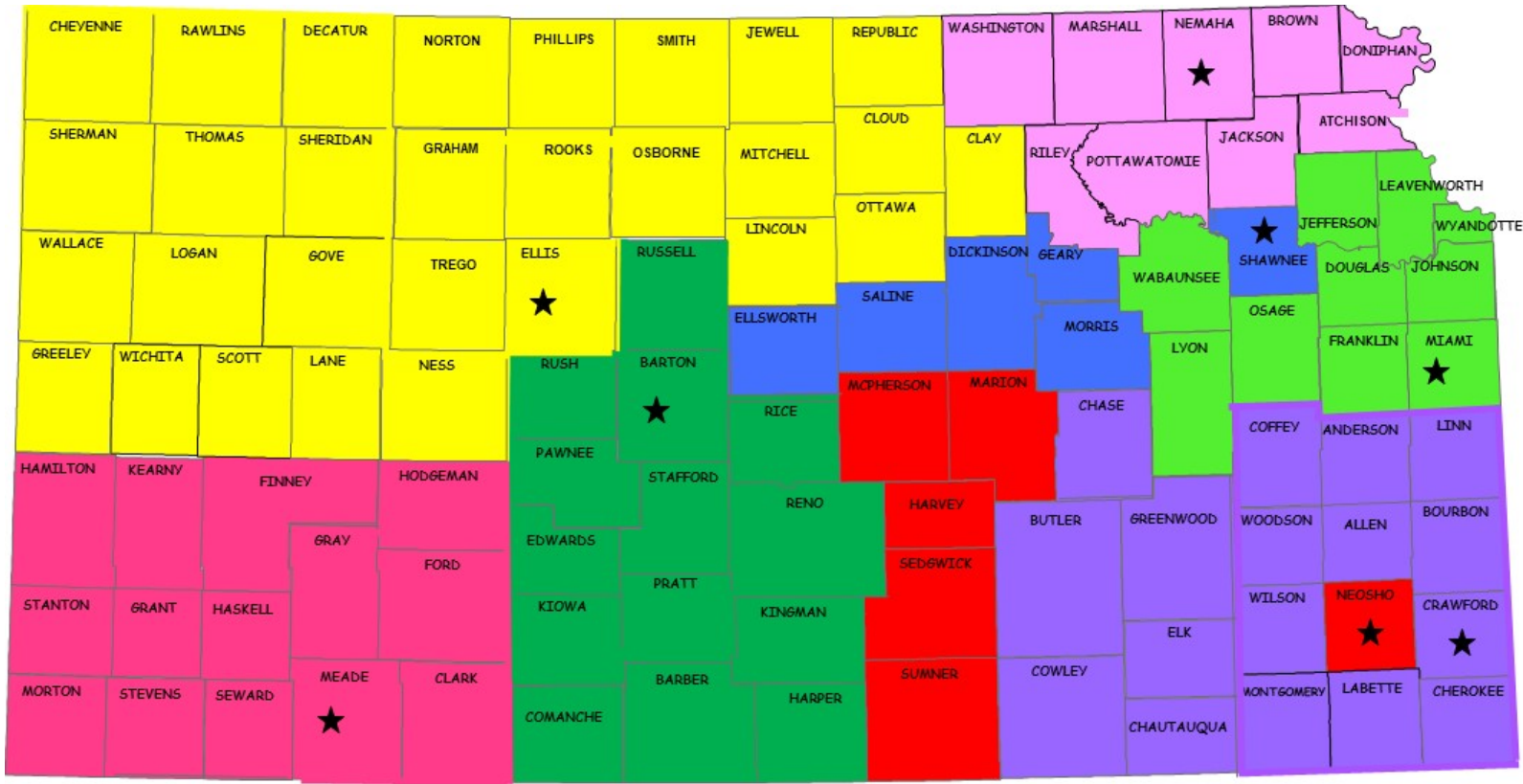
Si usted no completa alguna parte de la aplicación o el formulario de consentimiento, la aplicación o formularios serán enviados de vuelta a usted para que los complete. Esto retrasará el proceso de la aplicación hasta que usted devuelva el formulario debidamente completado.

Las aplicaciones completas serán procesadas en el orden en que se reciban. Si algo no aplica a usted o a su situación, escriba N/A para “no aplicable.” De lo contrario, la aplicación puede verse como incompleta. Esta aplicación puede ser enviada por correo electrónico, por correo normal o por fax a su oficina regional asignada (vea el mapa e información a continuación).

*** POR FAVOR GUARDE UNA COPIA PARA SUS REGISTROS**



SHCN Satellite Offices – SFY 2022



Topeka Administrative SHCN Office

1000 SW Jackson, Suite 220, Topeka, KS 66612
 Phone: 785-296-1313 Fax: 785-559-4238

Barton County Health Department

1300 Kansas Ave., Great Bend, KS 67530
 Local: 620-793-1902 Fax: 620-793-1903

Ellis County (Hays Area Children's Center)

94 Lewis Dr., Hays, KS 67601
 Local: 785-625-3257 Fax: 785-625-8557

Miami County Health Department

1201 Lakemary Dr., Paola, KS 66071
 Local: 913-294-2431 Fax: 913-294-9506

Neosho County Health Department

320 E Main Street, Chanute, KS 66720
 Local: 620-431-5770 Fax: 620-431-5772

Crawford County Health Department

410 E. Atkinson, Suite A, Pittsburg, KS 66762
 Local: 620-231-5411 Fax: 620-231-1246

Meade County Health Department

309 S Webb/PO Box 248, Meade, KS 67864
 Local: 620-873-8745 Fax: 620-873-8749

Nemaha County Community Health Services

1004 Main St., Sabetha, KS 66534
 Local: 785-284-2152 Fax: 785-284-3827



APLICACION DEL PROGRAMA DE NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD



Referido por: _____

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino # de Seguro Social (Opcional) _____

Alias del Solicitante _____ Correo Electrónico _____

de Teléfono del Solicitante o los Padres (____) _____

Diagnostico del Solicitante o Razon por la Solicitud _____

Direccion: _____ # de Apt _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Escuela/Servicios de Intervencion Temprana _____

Distrito Escolar _____ Teléfono: (____) _____

Servicios Especiales: Terapia Ocupacional Terapia Física Terapia de Habla Consejería
 Otro Especifique _____

Medicación Actual Nombre, dieccion y # de Farmacia

Habla Ingles? Si No Si no, que idioma habla: _____

Persona de contacto que hable Ingles: _____

deTeléfono: (____) _____

Esta usted o su hijo actualmente recibiendo servicios de un programa de exención (waiver):

Si No

Si si, cual exención? _____

Quien es su Administrador de caso o persona que le ayuda con los servicios?

Qué tipo de asistencia le proporcionan? _____

Si usted o su hijo tiene KanCare, quien es su administrador de casos?

Recibe usted o su hijo asistencia de cordinacion de cuidado de otra agencia/organización?



APLICACION DEL PROGRAMA DE NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD



Nombre Del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Si si, de que otra agencia o organización la esta recibiendo? _____

Qué tipo de asistencia le proporcionan? _____

*Información solicitada sobre el solicitante**

Raza:

Etnicidad:

**La respuesta no afectará la elegibilidad. La respuesta se usará para recopilar información sobre las personas que solicitan el programa..*

- Indio Americano
- Nativo de Alaska
- Asiático
- Afroamericano
- Nativo de Hawai u otras Islas del Pacifico
- Caucásico
- Otro _____

- Hispano /Latino
- No Hispano/Latino

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/solicitante:

- Casado
- Soltero
- Viudo
- Divorciado
- Separado

Nombre de los padres (con quien el solicitante vive) y # de Teléfono (marque la caja para indicar si es padrasto/madrastra)

Apellido	Nombre	inicial de segundo nombre	# de Teléfono
_____	_____	_____	() _____ <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	() _____ <input type="checkbox"/>

Nombre del padre que NO vive con el solicitante

Apellido	Nombre	inicial de Segundo nombre	# de Teléfono
_____	_____	_____	() _____ <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	() _____ <input type="checkbox"/>

Nombre de Guardián Legal si no son los padres: _____

de Teléfono: () _____

Dirrección: _____ # de Apt _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo: _____



**APLICACION DEL PROGRAMA DE
NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD**



Nombre del Solicitante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Enumere **TODOS** los ingresos recibidos por las personas que viven en su hogar (relacionadas y no relacionadas). Asegúrese de incluir todas las fuentes de ingresos brutos (antes de impuestos) como salarios, dividendos e intereses, asistencia de DCF (TANF, cupones de alimentos), SSI, anualidades, pensiones, discapacidad, pensión alimenticia, desempleo y otros ingresos no derivados del trabajo. La información financiera se verificará antes de la autorización del servicio. (* Si hay ingresos adicionales, por favor liste en una hoja aparte)

Nombre	Nombre del Empleador	Teléfono del Trabajo	Suma (ingreso bruto)	Frecuencia
			\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> mensual
			\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> mensual
			\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> mensual

Cantidad	Frecuencia
Estampillas: \$ _____	_____
Ingreso de SSI: \$ _____	_____
Ingreso de SSDI: \$ _____	_____
Manutención: \$ _____	_____

Enumere todos los bienes en efectivo para todas las personas que viven en su hogar (incluya dinero en efectivo, cuentas de cheques / ahorro, certificados de depósito, acciones y bonos) excluyendo 401 (k) y jubilación.

Tipo de Recurso	Nombre de la Cuenta	Valor
		\$
		\$

Información de seguro médico del solicitante (si tiene un seguro privado, envíe una copia de la tarjeta del seguro y la página de resumen de su seguro que indique la información del copago, el deducible y el coseguro por individuo)

Aplico para Medicaid/Kancare Si / No	Nombre de Seguro Medico	Fecha de Inicio	Póliza y numero del Grupo	Deducible individual	Covertura Dental Ortodoncia Si / No	Recibe SSI Si / No

Otra cobertura de seguro médico disponible para el solicitante

Nombre de Seguro Medico	Fecha de Inicio	Póliza y numero del Grupo	Deducible por familia/individual	Covertura Dental/Ortodoncia Si / No



APLICACION DEL PROGRAMA DE NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD



Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Enumere todas las personas viviendo en el hogar (familiares o no)

Nombre	Relacion con el solicitante	Fecha de Nacimiento	Seguro Medico Si / No

RESPONSABILIDADES DE LA FAMILIA: Estoy de acuerdo y acepto:

Si no tiene seguro, el solicitante debe solicitar Medicaid, si corresponde.

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.

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.

Pague a SHCN cualquier producto del seguro que se envíe directamente a mí, si el pago del seguro se hace por el tratamiento o equipo proporcionado y pagado por las Necesidades Especiales de Atención Médica.

También acepto notificar a Special Health Care Needs dentro de los 30 días siguientes a lo siguiente:

El solicitante adquiere un seguro de salud.

El solicitante pasa a ser elegible para Medicaid, Seguridad de Ingreso Suplementario, Pagos por Incapacidad y Pagos TANF o Cambios en la dirección del solicitante, ingresos, estado civil, custodia de hijos, ingresos familiares o activos en efectivo de \$ 500 por año u otras circunstancias que afectan al solicitante o persona elegible.

Certifico bajo pena de perjurio que, a mi leal saber y entender, mis respuestas son correctas y completas. Entiendo que, además de otras sanciones, es ilegal obtener, intentar obtener o ayudar a otra persona a obtener, por medio de una declaración o representación intencionalmente falsa, o por suplantación, colusión u otro dispositivo fraudulento, asistencia a la cual ellos o yo no tenemos derecho, y esto constituirá el delito de robo, según lo definido por KSA 2011 Supp. 21-5801, que podría ser un delito grave.

Firma del Padre, Guardián Legal, Solicitante si es mayor de los 18 años o representante autorizado

Relación con el solicitante

Fecha



CONSENTIMIENTO DE ENTREGA DE INFORMACION



Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirreccion: _____ # de Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Condado: _____

Autorizo al Programa Necesidades especiales De Salud (Special Health Services-SHCN) obtener información médica y de los siguientes (marcar las casillas confirma el consentimiento). Por favor incluya información de contacto.

- Formularios for marking consent: Hospital, Padres como Maestros, Distrito Escolar#, Trabajador del Caso, Guardería, Departamento de Kansas para Niños y Familias, Otro, Médico, Medicaid/KanCare, Seguro Privado, Organización CDDO, Early Head Start/Head Start, TRICARE, Otro, Otro.

Aducidad: esta autorización expirará 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 el potencial de Necesidades Especiales de Atención Médica para volver a divulgar esta información y es posible que ya 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 enumerado o estoy autorizado para "actuar en nombre del solicitante / paciente como representante personal del solicitante".

Firma del Padre, Guardián Legal, Solicitante si es mayor de los 18 años o representante autorizado

Fecha

SI MÁS DE 18 AÑOS: autorizo a KDHE / SHCN a analizar mi información financiera y médica con las siguientes personas:

Nombre

Relacion con el solicitante

Nombre

Relacion con el solicitante





CONSENTIMIENTO DE ENTREGA DE INFORMACION



PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE SHCN

Information Being Requested: _____

Medical Record Information (since): _____ **Date Requested:** _____