

explicando cómo se paga su renta, alimentos y otros servicios con la cantidad monetaria correspondiente. Si el solicitante completa esta solicitud aparte del padre/la madre/o el tutor legal firme la parte debajo de ingreso; si no el personal de CSHCS lo firmará.

Página 3: Información del Seguro Médico. Complete los cuadros 1 y 2 siempre deben llenarse. Los cuadros 3-7 solo deben llenarse si tiene una asegura privada.

Página 4: Información sobre Todos los Doctores. Complete la información de la forma lo más precisa como posible.

Página 5: Medicamentos y Equipo Médico. Complete la información de la forma lo más precisa como posible.

Página 6: Formulario para La Solicitud de Inscripción. Léalo, fírmelo y féchelo.

Página 7: Autorización para coleccionar Información. Léala, fírmela y féchela.

Página 8: Autorización para la divulgación de Información Médica Protegida. Este formulario permite a CSHCS intercambiar información con personas/entidades que ayuden al padre/la madre o al tutor legal/solicitante que llena esta solicitud. Si nadie ayuda al padre/la madre o al /tutor legal/solicitante a completar esta solicitud, no se necesita llenar este formulario.

Página 10: Autorización para Divulgar y Compartir Información Médica. RECUERDE: coloque la **fecha actual** en este formulario. Llene un formulario por cada proveedor que pueda verificar el diagnóstico médico. Si el examen médico tiene menos de un (1) año puede enviarse con la solicitud. No habrá necesidad de enviar este formulario a ningún proveedor. Sin embargo, el formulario deberá llenarse y enviarse con la solicitud.

Este formulario puede copiarse para permitir la incorporación de proveedores adicionales. Cuando envíe a más de un proveedor, recuerde copiar la parte posterior del formulario. Una o varias copias del formulario deben enviarse con la solicitud.

Página 12: Formulario de Salud Médico. Esta página debe enviarse por correo o entregarse, junto con el formulario de Autorización para Divulgar y Compartir Información Médica, al proveedor o proveedores que puedan verificar los diagnósticos médicos. Si el examen médico se entrega con la solicitud no hay necesidad de enviar por correo el formulario; sin embargo, debe enviarse con la solicitud.

Todos los solicitantes para CSHCS deben de aplicar para Indiana Medicaid o llamar a CSHCS con un número de confirmación que aplico. (por ej. número de confirmación que aplico en línea, o carta de aprobación o negación de Medicaid.) Si el solicitante tiene diecinueve (19) años o más, deberá solicitar el programa Medicaid más adecuado y suministrar prueba de la solicitud enviada y completar el proceso de elegibilidad.

Otros documentos que se requiere cuando mande la aplicación son: Copia de acta de nacimiento, una copia de cualquier otro seguro de salud (cara y reverso). Prueba de residencia de Indiana (hipoteca, recibo de renta, fractura de agua, luz, gas).

NOTA: Si tiene preguntas, llame al 1-800-475-1355, opción 2, de lunes a viernes, de 8:15 a.m. a 4:45 p.m. Puede mandar la inscripción al número de fax (317)-233-1342 o mandar por correo a Children's Special Health Care Services, 2 N. Meridian St. 5C, Indianapolis, IN 46204

El Paquete de Inscripción para (CSHCS) los Servicios de Cuidados de Salud Especiales para Niños de Indiana

El paquete de inscripción para Cuidados Especiales para Niños con Necesidades Especiales consiste en doce (12) páginas. Escriba toda la información en letra de molde, excepto donde se requieren las firmas. El programa atiende a los residentes de Indiana de 0 a 21 años de edad. Los solicitantes con Fibrosis quística pueden aplicar a este programa a cualquier edad, pero deberán demostrar su elegibilidad financiera.

Recuerde que la fecha de la solicitud deberá aparecer en todas las páginas donde ésta se requiera. Excepción: la página (12) debe tener la fecha actual porque este formulario tiene vigencia solo por sesenta (60) días. **El paquete de inscripción completo deberá enviarse a CSHCS en el tiempo de treinta (30) días a partir de la fecha de la solicitud. El día efectivo de cobertura de la aplicación será determinado basado en día que sea recibida por el programa para procesar.**

Página de comprobación del formulario de inscripción. Esta lista de comprobación contribuirá a garantizar que esté enviando todos los documentos necesarios. **Si envía esta solicitud para un diagnóstico, la familia deberá ser elegible de acuerdo con el criterio financiero de CSHCS y deberá someterse a las pruebas necesarias para una condición médica elegible.** Si la familia se niega a cooperar o no devuelve la documentación requerida, la solicitud se calificará como negada y se marcará el motivo correspondiente.

Página 1: Información del solicitante y de uno de los padres o del tutor legal. La Fecha de Solicitud es la fecha que se colocó en este formulario. El Número de Clave CSHCS y La Fecha de Vigencia los colocará el personal de CSHCS. El resto del formulario es auto explicativo. Existen algunas excepciones:

- a) Solo uno de los padres (independientemente de la edad) o un tutor legal puede firmar esta solicitud, de modo que si el solicitante está bajo la tutela del condado/estado, la información del trabajador social encargado del caso firmara en la primera línea para el padre, la madre o el tutor legal. La persona que tenga custodia puede firmar la segunda línea;
- b) O padre/madre sustituto, o proveedor de First Steps, o un padrastro/una madrastra que no tiene al solicitante adoptado legalmente no puede firmar esta solicitud.

Necesitamos conocer la condición médica por la cual el solicitante está aplicando para CSHCS. Esto puede ser exactamente lo que el médico le ha dicho a usted y/o al padre/la madre. Si esta solicitud es llenada por una persona distinta al padre/la madre, firme y proporcione la información requerida.

Página 2: Nombre de Miembros que Viven en El Domicilio e Información sobre Los Ingresos. Indique todas las personas que viven en el domicilio, **independientemente de que sean o no familiares** (p. ej. la mamá, el niño y el novio de la mamá). Tomaremos en cuenta el ingreso del novio o de cualquier otra persona que trabaje y viva en el domicilio. Una mujer embarazada se considera una (1) persona. No se cuenta al niño hasta que nace. No hay códigos especiales que utilizar, simplemente coloque m=mamá, p=papá, o=otro, h=hermano, s=solicitante, etc. Complete la información del cuadro y en el renglón para Otro Seguro, escriba Y=sí o N=no. Existen algunas excepciones, de modo que si tiene una situación inusual, como ya que son demasiado numerosas para indicirlas todas, llame a CSHCS 1-800-475-1355 opción 2.

El programa CSHCS toma en cuenta **TODO** el ingreso total del domicilio y usamos **Total del Ingreso Bruto Familiar** para calcular si califica para el programa. CSHCS requiere que envíe los ingresos con la solicitud y **tres (3) talones de cheque consecutivos más reciente**. Si la familia trabaja autónomo, recibe ingresos agrícolas o ingresos adicionales que no se refleja en los talones de cheque entrega la última copia de ingresos federales 1040, incluyendo Formulario 1. Si el padre/la madre o el tutor legal/solicitante indica que no tiene ingresos, deberá escribirnos una carta con el día y la firma

Nombre del solicitante _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/año completo) _____

☐ **SOLICITUD PARA PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO** (el solicitante es elegible de acuerdo con el criterio financiero de CSHCS y la condición médica)

☐ Página de ingresos firmada, y envíe documentos de ingresos en la solicitud.

☐ Hoosier HealthWise (HHW)/Medicaid: Entregue la documentación comprobando que el solicitante tiene HHW o lo ha solicitado.

(ESTE ES UN REQUISITO OBLIGATORIO PARA EL PROGRAMA CSHCS.)

La solicitud CSHCS puede enviarse mientras el solicitante espera una decisión de HHW.

☐ Complete la página del seguro médico (*si corresponde*), firmada y fechada, con copia de la tarjeta HHW o de la tarjeta de seguro privado (*por ambos lados*)

☐ El formulario de Autorización para la obtención de información, firmado y fechado

☐ El formulario de Autorización para la divulgación de información médica protegida, firmado y fechado (*si corresponde*)

☐ La solicitud de inscripción con la página de CSHCS firmada y fechada

☐ Envíe Copia(s) de la Autorización para divulgar y compartir información médica debidamente rellena, firmada y fechada

(El o los originales deben enviarse al proveedor médico para verificar el diagnóstico.)

Formulario separado para cada proveedor de atención médica que se va a contactar.

☐ **SOLICITUD RECOMENDADA PARA DENEGACIÓN**

(Si la solicitud ha sido firmada por el padre/la madre o el tutor legal/solicitante, ésta debe enviarse.)

☐ Retiro voluntario de la solicitud

(Se requiere confirmación por escrito del padre/la madre o el tutor legal/solicitante)

☐ Solicitante mayor de veintiuno (21) años.

☐ No solicitó Medicaid/HHW

☐ No completó el proceso de la solicitud

☐ No reveló los ingresos

☐ La familia no es elegible según el criterio financiero

☐ Otro: _____

Envíe la solicitud por correo junto con toda la documentación en el tiempo de treinta (30) días desde la fecha de la solicitud a:

Children's Special Health Care Services (CSHCS)

ATTN: Eligibility Section

Indiana State Department of Health

2 North Meridian St., Section 5-C

Indianápolis, IN 46204

La solicitud CSHCS puede enviarse mientras el solicitante aguarda una decisión de HHW.