

CHILDREN AND YOUTH WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS
Kansas Department of Health and Environment - Bureau of Family Health
1000 SW Jackson, Suite 220, Topeka, Kansas 66612-1274
(785) 296-1313 or (Toll Free) 1-800-332-6262

PARA ACELERAR SU APLICACIÓN, POR FAVOR:

1. Llene la aplicación **entera** con su firma y la fecha en las páginas 3 y 4.
2. Incluye el nombre y dirección de aquellas personas que dan tratamiento al paciente (doctores, hospitales, otros) en la página 4. Esta forma requiere la firma de un testigo. El testigo puede ser un esposo, vecino, amigo, o cualquier otro persona.
3. Adjunte copias de lo siguiente:
 - (a) Primera página de su reporte de impuestos Federales del año pasado (Income Tax 1040 o 1040A), incluyendo las forma W-2.
 - (b) **Si usted ha cambiado los trabajos desde que su último W-2**, envíe los talones de pago de su empleo por los últimos (6) seis períodos de pago ó un reporte de los ingresos anticipados de su empleador con una copia de su reporte de impuestos Federales.
 - (c) **Si alguien en su familia es auto empleado** envíe una copia estimada del impuestos para el último trimestre o copias de los gastos y ingresos para el último trimestre.
 - (d) **Si alguien en su case recibe otras fuentes de ingresos como desempleo, Seguro Social, Incapacidad del Trabajo, asistencia de SRS, apoyo del niño, etc., tiene que mandar verificación de la cantidad.**
 - (e) **Si está divorciado**, mande una copia de la acta del divorcio con la información de custodia legal de los niños.
4. Si alguien en su familia ha tenido o tiene otro nombre que usa, por favor incluya este nombre y apellido.
5. Por favor mande una copia de la acta del nacimiento del solicitante si **no** es un ciudadano o residente legal de los EEUU.
6. Envíe por correo la solicitud completa y los otros documentos requeridos en el sobre incluido.

Después del repaso de su aplicación, es posible que necesitamos mandar otra carta para pedir información adicional, como cuentas medicales, verificación financiera de otros miembros de su familia en su casa, actas de custodia, etc.

SI USTED NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTA APLICACION, POR FAVOR
COMUNIQUESE CON NUESTRA OFICINA EN EL NUMERO DE TELEFONO QUE APARECE ARRIBA EN ESTA PAGINA

**NIÑOS Y JOVENES CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD-(NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD-CYSHCN) APLICACION
INFORMACIÓN GENERAL**

NOMBRE del Solicitante (Niño, a menos que solicite par si mismo)		Fecha de Nacimiento	Sexo	Número de Segura Social	Apellido de Soltera de la Madre	
Apellido	Nombre					
Dirección de la casa:		Apt #:	Ciudad:	Estado:	Zona postal:	Condado:
DIAGNÓSTICO DEL SOLICITANTE Y RAZÓN POR LA QUE SOLICITA.						
MÉDICO FAMILIAR DEL SOLICITANTE: Nombre:		Dirección:		Teléfono #:		
Especialistas que están tratando al solicitante (Nombre).		Dirección			Fecha De la Última Visita	
Medicinas que toma Actualmente:			Nombre y Dirección de su Farmacia:			
Escuela \ servicios de intervención temprana: Nombre:		Dirección:			Teléfono:	Dist#:
Educación especial/servicios de intervención temprana: Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Lenguaje <input type="checkbox"/> Consejero <input type="checkbox"/> Otros(Especifique) <input type="checkbox"/>						
ESTADO CIVIL DE PADRES: CASADOS <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEGUNDO MATRIMONIO <input type="checkbox"/>				HABLA INGLES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si no, idioma que habla: _____ Persona que habla ingles _____ Teléfono _____		
NOMBRE DE PADRE(S) (con quienes vive el niño) (marque pare indicar padrastro) - Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/>				TELÉFONO DE LA CASA <input type="checkbox"/> NÚMERO PARA LLAMARLE:		Close Date
APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			
PADRE:						Accept date
MADRE:						
Nombre de Padre que NO VIVE en la casa con el niño:			Teléfono Donde se le puede contactar:			
Dirección:		Apt#:	Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	Condado:
Nombre del Tutor si no son los Padres: Apellido Primer Nombre Segundo Nombre				Teléfono De Su Casa a Donde se le puede contactar:		
Dirección:		Apt#:	Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	Condado:

Para el uso de CYSHCN Solamente

CSHCN Number

Diagnosis

CYSHCN

SSI

Nombre del Solicitante:

Fecha de nacimiento:

Lista de ingresos recibidos por las personas que viven en la casa (Parientes o no)

Estén seguros de incluir todos los ingresos brutos (antes de impuestos) como Salarios, Dividendos, Interés, Asistencia de SRS (TAF, estampillas de comida) SSI, Rentas Vitalicias, Pensiones, incapacidad, Apoyo a Niños, Alimento y otros Ingresos que no es de trabajo..

Nombre de persona(s) que trabajan a reciben dinero. Incluya otra pagina si es necesario.	Quien provee el dinero? Nombre del Empleador, Programa o persona, especifique.	Número de teléfono del trabajo	Frecuencia? semanal, cada 2 semanas, 2 veces por mes, mensual.	Que cantidad de \$ (BRUTO)
1				
2				
3				
4				

Lista de bienes en efectivo posesión de todas las personas que viven en la casa (Incluyen efectivo, Cheques, Ahorros, Certificados de Depósito, Acciones y Bonos)

Tipos de recursos	De quien	Valor
1.		
2.		
3.		

¿ Existe alguna circunstancia que hará que sus ingresos de este año sean diferentes de los ingresos reportados el año pasado en su declaración de impuestos? Si No

Si la respuesta es sí, por favor describe los cambios (por ejemplo: cambio en estado civil, pérdida o cambio de trabajo, trabajo de horas extras, etc.) y provea verificación de sus ingresos, por ejemplo, talones de cheque.

Describa necesidades médicas en el presente y en el futuro y la costa estimada para su niño por cual usted es responsable por pago.

Describa necesidades médicas en el presente y en el futuro y la costa estimada para todos los miembros de su familia por cual usted es responsable por pago.

Información solicitado relacionada con el solicitante*

Raza/Grupo: Blanco Afro-Americano Indio Americana a nativo do Alaska Asiático Nativo de Hawai u otro isleño del Pacifico Otro (especifique): _____

Étnico: Hispano / Latino

**El solicitante no tiene que contestar las preguntas opcionales. Las respuestas no afectarán la elegibilidad. Las respuestas serán usadas solo para reunir información sobre las personas que solicitan para este programa.

Todos los servicios son proveídos con una base no-discriminatoria de acuerdo a las regulaciones del Departamento do Salud y Servicios Humanos y Título VI del Acta de Derechos Civiles del 1964. Cualquier persona que crea que se la ha discriminado a causa de su raza, color u origen nacional, tiene el derecho a presentar una queja con el Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos o con los dos. (KDHE o DHHS ó los dos)

Enliste Todos Los Residentes De La Casa-(familiares)

Apellido	NOMBRES (INCLUYA OTRA PÁGINA SI ES NECESARIO)		Parentesco con el Solicitante	Fecha de Nacimiento	Aplicó para Medicaid/ Healthwave Si/No	Nombre de la Compañía Aseguradora	Poliza y # de Grupo	Costo de Primes Anuales	Deducibles por Familia por Individuo	Coertura Dental Si/No	Restricciones	Fecha de Comienzo	Recibe SSI? Si/No
		Nombre'											
1.			(Solicitante)										
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													
9.													
10.													


 ¿Es solicitante ciudadano de EEUU? Si No
 ¿solicitante residente legal de EEUU? Si No


Otra Cobertura Médica Disponibles Para el Solicitante (Por ejemplo: De Padres O Abuelos Que No Viven En La Casa)

Incluya Otra Página Si Es Necesario ApellidoNombre	Relación con el Solicitante	Nombre De la Compañía Aseguradora	Poliza y # de Grupo	Costa de la Prima Anual!	Deducibles por Familia/ por Individuo	Restricciones	Cobertura Dental Si/No	Cobertura Médica Si/No	Fecha de Comienzo	Fecha de Terminación
1.										

Responsabilidad de la familia:

Estoy de acuerdo:

- Solicitar todos los beneficios e seguros y asignarios al Hospital, Doctor, Proveedores de Equipo y artículos médicos ordenados por el Doctor.
- Solicitar todos los beneficios de seguros no asignables y usarlos para pagar al Hospital, Doctor, Proveedores de Equipo y artículos médicos ordenados por el Doctor.
- Reembolsar a CYSHCN cualquier pago de seguros recibidos directamente, si los pagos son por tratamientos o equipos proveidos y pagados por el CYSHCN.

Además estoy de acuerdo a notificar a CYSHCN dentro 10 días lo siguiente:

- Si el Solicitante reciba seguro médico.
- Si el solicitante se hace elegible para Medicaid, Seguro Suplementario de Seguridad (SSI), Pagos por incapacidad, Bienestar del gobierno (welfare).
- Cambios en la dirección del solicitante, ingresos, estado matrimonial, custodia de los niños, ingresos familiares ó dinero en efectivo mas que \$500 al año ó cualquier otra circunstancia que afecte el solicitante.

Firma del Solicitante, Padres, o Tutor Legal (si el niño es menor de edad)

Parentesco

Fecha

KANSAS DEPARTMENT OF HEALTH AND ENVIRONMENT
 SERVICIOS PARA NIÑOS Y JOVENES CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD(CYSHCN)
 1000 SW Jackson, Suite 220, Topeka, Kansas 66612-1274
 785-296-1313 or Toll Free 1-800-332-6262

RELEASE OF INFORMATION CONSENT--CONSENTIMIENTO PARA ACCESO A INFORMACIÓN

Nombre del Solicitante (Name)	Fecha de Nacimiento (Birthdate):
-------------------------------	----------------------------------

Yo doy autorización y consentimiento a Servicios Para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Salud (CYSHCN) para obtener información médica, educativa y otra información relevante de estos doctores, hospitales escuelas y otros que hayan proveído servicios para el individuo antes nombrado.

Nombre-(Doctor or Hospital)	Dirección (Address)	Ciudad (City)	Estado (State)	Zona Postal (Zip)

Entiendo que esta autorización de consentimiento es efectiva por un año a partir de la fecha firmada. (I understand that this consent is effective for one year from the date signed)

Yo autorizo a KDHE/CYSHCN para que compartan la información médica con otras agencias y contratistas para asegurarse que los servicios apropiados estan siendo proveidos. (I authorize KDHE/CYSHCN to share medical information with other agencies and contractors for the purpose of quality assurance and to ensure appropriate services are provided)

 Firma del Padre, Tutor, Solicitante si tiene mas de 18 años, o un Representante autorizado (Signature)

 Fecha (Date)

 Firma del Testigos (OBLIGATORIA) Witness

LAS COMAS DE ESTA AUTORIZACION SERAN TAN VALIDAS COMO LA ORIGINAL (A COPY OF THIS CONSENT FORM IS AS VALID AS AN ORIGINAL)

+++++
 To Be Completed by SHS staff Date Requested: _____

Information being requested: _____ Medical record information _____
 _____ Medical record information since _____

Hospital Discharge summaries _____
 Other _____

****NO LAB OR X-RAY REPORTS UNLESS REQUESTED.***