Rev. 07/12

Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland
Oficina por Genética y Personas con Necesidades Especiales de Atención Médica

Solicitud de Servicios Médicos para Niños (CMS) Programa

Office Use Only Date Received:

Devolver a:

Children's Medical Services (Servicios Médicos para Niños)
Maryland Department of Health and Mental Hygiene
201 West Preston Street, Room 423, Baltimore, MD 21201-2399
Teléfono: (410) 767-5585 Llamadas sin cargo: 1-(800)-638-8864 **Aplicaciones recibidas por fax no serán aceptadas**

[ ] NUEVA SOLICITUD **[ ] SOLICITUD DE RENOVACIÓN**

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido del solicitante _____ Primer nombre _____ Inicial _____

Número de Seguro Social (si corresponde): _____ - ____ - _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección_____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono ( ) _____-_____ Teléfono alternativo ( ) _____-_____ Teléfono celular ( )_____-_____

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado

Etnia (marque una)	Raza (marque una)	
☐ Hispano	☐ Blanca	☐ Asiático o de las Islas del Pacífico
☐ No-Hispano	☐ Negra	☐ Otro
☐ Desconocido	☐ Americano nativo	☐ Desconocido

¿El solicitante es ciudadano de los EE.UU.? Por favor, tenga en cuenta que la ciudadanía de los EE.UU. no es un requisito de elegibilidad.

☐ Sí ☐ No

¿Cual idioma se habla en casa? _____

2. INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre de la persona que lo remitió a CMS: _____

Dirección _____ Teléfono ( ) _____-_____

_____ Fax # ( ) _____-_____

Médico o pediatra del solicitante: Nombre _____

Dirección _____ Teléfono ( ) _____-_____

_____ Fax# ( ) _____-_____

Cite los problemas médicos del solicitante:

1) _____

2) _____

3) _____

Describa la atención o el servicio solicitado: _____

_____

¿Se solicitan servicios hospitalarios? ☐No ☐Sí Si respondió "sí", por favor especifique: ☐Internación ☐Ambulatorio

¿Dónde y en qué lugar se necesita la atención médica? (Ubicación y fecha del servicio).

_____

Si se solicita asistencia farmacéutica, indique la farmacia que utilizará:
*** Por favor, tenga en cuenta que Servicios Médicos para Niños típicamente proporciona asistencia farmacéutica por la Farmacia de Giant.**

Nombre_____ Teléfono ( ) _____-_____

Dirección_____

3. INFORMACIÓN FAMILIAR

	Apellido	Primer Nombre	Inicial	Dirección
Madre:	_____	_____	____	_____
Padre:	_____	_____	____	_____
Tutor legal:	_____	_____	____	_____

Por favor, cite todos los miembros de la familia que viven en el hogar del solicitante y que sean **dependientes**. Una persona dependiente es aquella que depende de otras respecto de su sustento económico.

***Marque la casilla antes del (de los) nombre(s) de los familiares que ya reciben los servicios CMS.

	Nombre	Vínculo con el solicitante	Fecha de nacimiento
☐	_____	_____	_____
☐	_____	_____	_____
☐	_____	_____	_____
☐	_____	_____	_____
☐	_____	_____	_____
☐	_____	_____	_____

4. INGRESOS Y GASTOS FAMILIARES

Madre: _____ _____ _____
Empleador Ocupación Teléfono laboral

Ingresos brutos totales de la madre según su salario y propinas, **por semana**: $_____
(El ingreso bruto se refiere al monto antes de deducir impuestos)
¿La madre ha estado desempleada en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

Si responde "sí", ¿está desempleada ahora? ☐ Sí ☐ No Si responde "sí", ¿cuál fue su último día de trabajo? Fecha:_____

Si está trabajando ahora, ¿cuándo se reincorporó a su trabajo? Fecha:_____

Monto de sus ingresos de los 6 meses antes de su reincorporación laboral: $_____

Monto del salario anticipado para los 6 meses siguientes a su reincorporación: $_____

Padre: _____ _____ _____
Empleador Ocupación Teléfono laboral

Ingresos brutos totales del padre según su salario y propinas, **por semana**: $_____
(El ingreso bruto se refiere al monto antes de deducir impuestos)

¿El padre ha estado desempleado en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

Si responde "sí", ¿está desempleado ahora? ☐ Sí ☐ No Si responde "sí", ¿cuál fue su último día de trabajo? Fecha:_____

Si está trabajando ahora, ¿cuándo se reincorporó a su trabajo? Fecha:_____

Monto de sus ingresos de los 6 meses antes de su reincorporación laboral: $_____

Monto del salario anticipado para los 6 meses siguientes a su reincorporación: $_____

¿Quién declara que el solicitante es dependiente en los formularios federales de Impuestos sobre Ingresos, si corresponde?

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____

Otros ingresos (por mes):

Manutención del menor $_____

Seguro de desempleo $_____
Comienzo_____ Fin_____

Compensación del trabajador $_____
Comienzo_____ Fin_____

Beneficios por discapacidad $_____
incluyendo SSI

Ayuda Temporal en Efectivo $_____
(TCA = Temporary Cash Assistance)

Pagos de seguro recibidos $_____

Beneficios de jubilación o pensión $_____

Beneficios del Seguro Social	$_____
Beneficios de veteranos de guerra	$_____
Ingresos de Fondos Fiduciarios	$_____

Ingresos adicionales:

Incluyen cuotas por alimentos, ingresos de pensionistas, ingresos o aportes en efectivo de familiares u otras personas, ingresos de rentas de propiedades, ingresos por hipotecas, intereses, dividendos, regalías, u otros ingresos acumulados en cuentas de ahorros, acciones, bonos y seguros, y dinero recibido de otras fuentes.

Total de adicionales por mes: $_____

Si ha informado que no tiene ingresos, ¿ha solicitado asistencia pública? ☐ Sí ☐ No

Por favor, explique cómo se paga la vivienda y los alimentos del solicitante: _____

_____

Gastos que usted <u>paga totalmente</u> para todos los miembros de la familia

Cuidado de niños, sólo para padres que trabajan	POR MES	$_____
Manutención del menor pagada	POR MES	$_____
Pago de préstamos debidos a deudas de atención médica	POR MES	$_____
Salud/Hospitalización Primas del seguro pagadas	POR MES	$_____
Otros (cuota de alimentos, etc.)	POR MES	$_____

Pagos efectuados a un hospital u otro proveedor de salud (para todos los miembros de la familia) **que usted haya pagado por sí mismo, en los últimos 12 meses.**

	Total de la cuenta	**Pagado**	**Saldo adeudado**
Médicos	$_____	$_____	$_____
Dentista/Odontólogos	$_____	$_____	$_____
Hospital(es)	$_____	$_____	$_____
Medicamentos recetados	$_____	$_____	$_____
Oftalmología/lentes	$_____	$_____	$_____
Servicios especiales/equipos (listar)			
_____	$_____	$_____	$_____
_____	$_____	$_____	$_____
_____	$_____	$_____	$_____
_____	$_____	$_____	$_____

5. OTRA INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS

¿Ha presentando una solicitud para Asistencia Médica (MA) o MCHP en los últimos seis meses? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "sí", ¿el solicitante es elegible? ☐ Sí Número de MA/MCHP ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
☐ No Si respondió "no", adjunte una copia de la carta de denegación. ☐ Pendiente

¿Se ha presentando una solicitud para los beneficios de SSI en los últimos seis meses? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "sí", ¿el solicitante es elegible para los beneficios SSI? ☐ Sí ☐ No ☐ Pendiente

¿El solicitante está recibiendo servicios de algún otro programa?

- ☐ Servicios del Programa de Bebés e Infantes (desde el nacimiento hasta los 3 años de edad)
- ☐ Servicios de Educación Especial o de Niños Perdidos (Child Find)
- ☐ Servicios de Salud Mental
- ☐ Servicios de la Administración de Discapacidades de Desarrollo
- ☐ Otros (por favor, especifique) _____

¿Posee el solicitante cobertura de algún seguro médico o es miembro de una HMO (organización de salud)? ☐ Sí ☐ No

Si el solicitante tiene cobertura médica o es miembro de una HMO, cite el nombre del (de los) Plan (es).

1. Compañía de seguro, sindicato, o HMO_____
   Por favor, marque: ☐médico/quirúrgico ☐farmacéutico ☐odontológico ☐oftalmológico

Nombre del titular de la póliza _____

Dirección _____

Número de identificación de la póliza _____

2. Compañía de seguro, sindicato o HMO_____
   Por favor, marque: ☐médico/quirúrgico ☐farmacéutico ☐odontológico ☐oftalmológico

Nombre del titular de la póliza _____

Dirección_____

Número de identificación de la póliza _____

Persona o Agencia que lo ayudó a completar la solicitud:

Nombre: _____

Agencia/Compañía: _____

Dirección_____

_____

Teléfono: _____ Fax: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y ACUERDO DE COBERTURA Y REEMBOLSO
OFICINA DE GENÉTICA Y PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA LOS SERVICIOS MÉDICOS PARA NIÑOS (CMS) PROGRAMA

Comprendo que deberán acatarse las regulaciones de CMS con respecto al uso de otras coberturas de terceras partes, antes que CMS pueda pagar cualquier servicio. Acepto presentar una solicitud ante mi seguro sobre cualquier servicio que mi seguro pudiera cubrir. También acepto reembolsar a CMS cualquier acuerdo de pago del seguro o perjuicios imputados por la corte, que incluyan compensación por gastos de atención médica pagados por CMS. Dicho reembolso no podrá exceder el monto pagado por CMS.

Comprendo que CMS sólo puede pagar por servicios proporcionados por aquellos proveedores de salud aprobados por CMS.

Comprendo que CMS sólo puede pagar por servicios que hayan sido aprobados por CMS, antes de que el servicio haya sido proporcionado.

Comprendo que tengo derecho a una reunión o conversación informal con el personal de CMS, responsable de las decisiones reflejadas en cualquier nota de determinación emitida. Y también comprendo que, en cualquier momento, puedo estar en desacuerdo con la(s) decisión(es) respecto de la elegibilidad para los servicios, y que podré presentar una apelación solicitando una audiencia bajo la cláusula del Artículo de Salud General § 2-207, y del Artículo del Gobierno Estatal, Título 10, Subtítulo 2, del Código Comentado de Maryland.

Comprendo que mis registros médicos personales son confidenciales y sólo pueden ser divulgados de conformidad con las leyes Federales o Estatales. Autorizo a CMS a divulgar todos los datos, registros e información por parte de las compañías de seguros, proveedores de atención médica, instituciones financieras, agencias gubernamentales federales, estatales o locales, y de cualquier otra persona, agencia u organizaciones que fueran necesarias para que CMS reclame los reembolsos de terceras partes o verifique las declaraciones hechas por mí, o por cualquier otra persona cuyos ingresos y recursos serán considerados en esta solicitud. Comprendo que esta solicitud firmada sirve como autorización escrita para que cualquiera de las personas, agencias u organizaciones citadas anteriormente puedan divulgar la información requerida.

Por el presente documento certifico que toda la información citada en este formulario de solicitud para los Servicios Médicos para Niños (CMS) es verdadera, correcta y completa. Comprendo que cualquier declaración falsa me someterá a penalidades bajo la Ley Federal o Estatal y podría generar como resultado el rechazo de la elegibilidad para el programa. Deberé informar a CMS o al departamento de salud local, dentro de un plazo de 10 (diez) días hábiles, cualquier cambio que se produjera en la situación financiera.

_____	_____
Nombre del solicitante (Por favor, impreso)	*Fecha de nacimiento*
_____	_____
Firma del (de los) padre(s)/Tutor legal/Solicitante	*Fecha*
_____	_____
Firma del testigo	*Fecha*