

Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland
Oficina de Genética y Niños con Necesidades Especiales de Atención Médica
Solicitud de Servicios Médicos para Niños (CMS)

Devolver a:

Children's Medical Services (Servicios Médicos para Niños)
Maryland Department of Health and Mental Hygiene
201 West Preston Street, Room 421A, Baltimore, MD 21201-2399
Teléfono: (410) 767-5585 Llamadas sin cargo: 1-(800)-638-8864 Fax: (410) 333-7956

Office Use Only
Date Received:

[] 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

Table with 2 columns: Raza (marque una) and Etnia (marque una). Rows include options like Blanca, Negra, Asiático o de las Islas del Pacífico, Otro, Desconocido, Hispano, No-Hispano, 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) _____

Describe 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
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____

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 paga totalmente 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 presentado 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 presentado 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: _____

**ACUERDO CON LA
OFICINA DE GENÉTICA Y NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN
MÉDICA PARA LOS SERVICIOS MÉDICOS PARA NIÑOS (CMS)**

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.

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.

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.

Nombre del solicitante (Por favor, impreso)

Fecha de nacimiento

Firma del (de los) padre(s)/Tutor legal/Solicitante

Fecha

Firma del testigo

Fecha

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD PARA LOS SERVICIOS MÉDICOS PARA NIÑOS (CMS)

INSTRUCCIONES GENERALES:

1. Uno de los padres, o el tutor legal, deberá completar el formulario para un niño dependiente menor de 22 años de edad.
2. Los solicitantes entre 18 y 21 años de edad, que no son considerados como “dependientes” por sus padres, deberán completar el formulario por sí mismos.
 - a. En la Sección 4: INGRESOS Y GASTOS FAMILIARES, el solicitante deberá tachar “Madre” y escribir “Yo mismo.” El solicitante deberá completar su propia información de ingresos en los espacios que siguen a continuación.
 - b. Si el solicitante es casado, deberá usar el espacio del ingreso del padre para completar los datos de la información de ingresos de su cónyuge. Tache “Padre” y escriba “Cónyuge.”
3. Alguno de los padres, o el tutor legal, o el solicitante (si tiene entre 18 y 21 años de edad y es apto) deberá firmar la hoja del acuerdo, en la última página de la solicitud.
4. **Asegúrese de completar todas las preguntas y escribir con letra de imprenta, claramente.** El Programa CMS no puede decidir si un niño puede obtener ayuda del programa, si falta información.
5. **Usted puede pedirle a otra persona que lo ayude a completar el formulario.** El personal del departamento de salud u hospital local podrá ayudarlo. También puede llamar a la Oficina de Genética y Niños con Necesidades Especiales de Atención Médica al **1-(800)-638-8864** para solicitar ayuda.
6. La solicitud debidamente completada deberá devolverse a la oficina de los Servicios Médicos para Niños (Children’s Medical Services) junto con la documentación citada a continuación. La solicitud también puede ser enviada por fax al (410) 333-7956.

Envíe el formulario de solicitud a:

Children’s Medical Services
Maryland Department of Health and Mental Hygiene
201 West Preston Street, Room 421A, Baltimore, MD 21201-2399

DOCUMENTOS QUE DEBERÁN ENVIARSE JUNTO CON LA SOLICITUD:

1. **Prueba de identidad.** Los documentos que deberán enviarse deberán contener **tanto el nombre como la fecha de nacimiento** del solicitante, y de sus padres o tutor legal, si el solicitante es un niño dependiente. Ejemplos de los documentos que pueden enviarse son (**Identificación con foto es preferido**):
 - Licencia de Conductor;
 - Tarjeta de identificación del MVA de Maryland;
 - Pasaporte;
 - ID Consulado;
 - Tarjeta de identificación laboral;
 - Tarjeta de identificación de escuela;
 - Certificado de nacimiento;
 - Registro de adopción;
 - Certificado de matrimonio;
 - Documentos del servicio militar;
 - Tarjeta de inscripción para votar.

2. Prueba de residencia del estado de Maryland. Deberán enviarse documentos que muestren la dirección actual y que prueben la residencia en el estado de Maryland del solicitante, o de sus padres o tutor legal, si el solicitante es un niño dependiente. Ejemplos de los documentos que pueden enviarse son:

- Último recibo de alquiler o de renta de albergue (con dirección identificatoria);
- Registro de propiedad de la vivienda (título o registro de pagos de hipoteca);
- Licencia de conductor o registro de inscripción del automóvil;
- Registro de la dirección de su domicilio que tenga su empleador;
- Tarjeta de inscripción para votar;
- Registros de la oficina postal local;
- Contrato de alquiler;
- Cuentas de servicios;
- Verificación de la escuela.

3. Prueba de ingresos de su empleo. Deberán enviarse los siguientes formularios:

- Copias de los dos últimos recibos de pago de cada adulto que trabaje del grupo familiar del solicitante **o**
- Una declaración firmada y fechada del empleador(es) que pruebe una paga regular antes de las deducciones.

Y

- Una copia del último formulario federal de declaración de Impuesto sobre Ingresos, fechado y firmado (Si la solicitud se ha completado justo antes de la fecha de vencimiento de la declaración impositiva, una copia de los últimos formularios W-2 de cada adulto que trabaje).

- **NOTA: Si el solicitante trabaja por cuenta propia, sólo deberá presentar una copia de los últimos formularios federales de Impuesto a los Ingresos.**

4. Prueba de otros ingresos. También deberán enviarse copias de cartas de asignación como prueba de otros ingresos de los miembros adultos de la familia que reciban ingresos de otras fuentes. Estas fuentes pueden incluir dinero de:

- Ayuda Temporal en Efectivo (TCA);
- Seguro de desempleo;
- Compensación del trabajador;
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI);
- Fondos de jubilación o pensión;
- Pagos del seguro de vida;
- Beneficios del Seguro Social;
- Beneficios de veteranos de guerra;
- Pagos de cuotas de manutención del menor.

5. **Prueba de gastos.** Deberán enviarse documentos que prueben todos los gastos de la familia citados en la solicitud. Esta documentación puede incluir lo siguiente:
- Gastos de cuidado de niños - Ej.: recibos, declaración escrita del proveedor de cuidado de niños;
 - Pago de cuota de alimentos o manutención del menor - Ej.: órdenes judiciales, Acuerdos de mantenimiento;
 - Pagos de primas de seguros de salud - Ej.: comprobante de pago de sueldo con deducciones del seguro, declaración escrita de la compañía de seguros.
 - Otros gastos médicos - Ej.: recibos, explicación de beneficios del seguro, declaración de préstamos de instituciones financieras.
6. **Prueba de elegibilidad médica.** Deberán enviarse documentos que muestren el diagnóstico del solicitante o presunto diagnóstico, y su necesidad de recibir atención especial y/o servicios relativos, como medicamentos y equipos médicos. Ejemplos de los documentos que pueden enviarse son los siguientes, **fechados dentro de los últimos 6 meses:**
- Notas de visita del proveedor de salud;
 - Informe de alta del hospital;
 - Informes de consultas médicas;
 - Carta del proveedor de salud.
7. **Prueba de otro seguro médico (si se aplica).** Si el solicitante, sus padres o sus tutores legales, tengan un seguro de salud, deberán enviar una copia de la tarjeta de seguro.
- Si el solicitante ya no tiene otro seguro médico, envíe una copia de la declaración de la compañía de seguro declarando que el seguro no cubre al solicitante.
 - Si un servicio pedido ha sido negado, envíe una copia de la carta de rechazo de la compañía del seguro.