

***** Información requerida *****

***** Información requerida *****

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
----------------------	----------------------

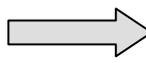
Nombre de Seguro Primario:	Número de Identificación del Seguro:
Nombre de Poseedor de Política:	Número de Grupo del Seguro:

Nombre de Seguro Secundario:	Número de Identificación del Seguro:
Nombre de Poseedor de Política:	Número de Grupo del Seguro:

¿Recibe el paciente SSI (Los Ingresos Suplementarios de Seguro)? Sí No
 ¿Recibe el paciente Medicaid, CHIP, o FEP/TANF? Sí No **Que 'sí', no hay que llenar la Sección B**

La Ayuda Financiera Disponible: Puede tener derecho a la ayuda financiera para servicios proporcionados por Children with Special Health Care Needs. Para ayudarnos determinar su elegibilidad por favor de llenar la información siguiente, **e incluir sus últimos tres talones de cheque consecutivos o su declaración de impuestos del año pasado.**

Niego llenar la sección abajo. Comprendo que reteniendo esta información yo no tendré derecho a la ayuda financiera por los servicios proporcionados y pueda que yo sea responsable por toda o una porción de la cuenta.

Número de niños (Si esta embarazada incluye al niño no nacido) _____		Total en la familia
Número de adultos (Incluye a usted mismo, el cónyuge y algún adulto elegible) _____		

Ingresos brutos MENSUALES para la familia

Salario bruto MENSUAL (Asalariado Primario): Antes de impuestos, la seguridad social, los primas de seguros, derechos de Union.	\$ _____
Salario Bruto MENSUAL (Otro Asalariado):	\$ _____
Otro Ingresos MENSUALES: Incluye pensiones, las compensaciones, los ingresos de rentas, Intereses, los dividendos, la pensión o la manutención de hijos, becas de ayuda estatal, etc. Los ingresos de SSI no son incluidos como ingresos	\$ _____
Ingresos brutos mensuales totales*	\$ _____

Gastos MENSUALES para la familia (fuera de bolsa)

Gastos Médico/Dentales	\$ _____
Primas Médico/Dentales	\$ _____
Manutención de Hijos o Pensión	\$ _____
Costo del Cuidado del Niño	\$ _____
Gastos mensuales totales **	\$ _____

<i>El área dada sombra es para el uso de la agencia</i>					
Ingresos Brutas Mensuales Totales*	\$ _____	Responsabilidad Financiera Personal (PFR)	0% 20% 40% 60% 100%	Sí	No
Gastos Mensuales Totales**	\$ _____				
Ingresos totales	\$ _____				

Yo comprendo que mi responsabilidad financiero sera calculado basado en la información proporcionado arriba. Comprendo que puedo ser responsable de todo o una porción de la cuenta y que interés pueden ser cargados en cuentas impagadas 60 días después de facturar la fecha.

_____ Fecha

Imprima nombre del paciente o representante legal

 Firma del paciente o representante legal

Padre de Niño Menor El Ser (18 o Más)
 Poder Medico Representante Legal
 Otro, Explica y Incluya Documentación

_____ Fecha

Nombre del representante de CSHCN (Favor de imprimir)

Referencias a la Hoja de Trabajo del Formulario Financiero de CSHCN

Gastos médicos permisibles

Los gastos que califican tienen que estar directamente relacionados con el padecimiento de salud o médico de un miembro de la familia. Los gastos tienen que ser de su bolsillo y haberse incurrido en los 12 meses anteriores y por los cuales no se le reembolsará por un tercero pagador.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Gastos de capital relacionados con equipos o mejoras hechas a su hogar que sean necesarias para el cuidado médico • Costo y cuidado de animales guía que ayudan a los ciegos, sordos y discapacitados • Costo de remoción de pintura a base de plomo • Gastos de un trasplante de órgano • Honorarios por servicios de hospital (análisis de laboratorio, terapias, etc.) • Pastillas anticonceptivas, abortos legales, cirugías legales • Comidas y alojamiento provistos por el hospital durante tratamiento médico • Primas de seguro médico y de hospital • Honorarios por servicios médicos (provistos por médicos, dentistas, cirujanos, especialistas y otros profesionales médicos) | <ul style="list-style-type: none"> • Equipos de oxígeno y el oxígeno • Prescripciones, medicamentos e insulina • Servicios de tutoría recomendados por un médico • Cuidado siquiátrico en un centro médico especializado (incluye comidas y alojamiento) • Artículos especiales (audífonos, sillas de ruedas, etc.) • Escuelas especiales, matrículas, comidas y alojamiento • Transporte relacionado con cuidado médico • Tratamiento en un centro de drogadicción o alcoholismo • Salarios de servicios de enfermería • Costos de pañales relacionados con problemas médicos |
|---|--|

Lo que no puede incluirse como gastos

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de pañales • Cuotas de clubes de salud • Ayuda doméstica • Programa para dejar de fumar | <ul style="list-style-type: none"> • Programa para perder peso • Pólizas de seguro de vida o de protección de ingreso • Ropa de maternidad • Medicamentos sin receta | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de enfermera para un bebé saludable. • Cirugía que sea por motivos puramente cosméticos |
|--|--|--|