KANSAS
DEPARTMENT OF HEALTH
AND ENVIRONMENT
Division of Health

Mark Parkinson, Governor
Roderick L. Bremby, Secretary
www.kdheks.gov

M E M O R A N D U M

DATE: November 12, 2009

TO: Parents or Guardians

FROM: Children and Youth with Special Health Care Needs

SUBJECT: Medicaid/HealthWave Application for

Services for Children and Youth with Special Health Care Needs (CYSHCN) - Special Health Care Needs requires **all** applicants to apply for Medicaid/HealthWave, including individuals who may not meet US residency requirements. We are sending a dual application that can be used for both programs.

CYSHCN will not authorize payment for any *additional* services until the enclosed application is completed and returned to HealthWave and an eligibility determination made. A final notice of your child's eligibility for medical benefits or denial of eligibility due to such things as being over resources, residency status, or countable income must be provided to CYSHCN.

If you are denied because you make too much money (countable income) a spenddown amount is required. You may need to ask for the spenddown to be figured.

Please return the enclosed application to HealthWave in the attached envelope and inform CYSHCN when the application has been completed. If CYSHCN has not heard from you within 30 days, we will assume that you do not want our services, and the file for the applicant will be closed.

If you have any questions, please call the CYSHCN office through the Make A Difference Information toll-free telephone number at 1-800-332-6262 or 785-296-1313.

Enclosures

Spanish version on reverse side

Bureau of Family Health
CURTIS STATE OFFICE BUILDING, 1000 SW JACKSON ST., STE. 220, TOPEKA, KS 66612-1274
Voice 785-296-1313 or 1-800-332-6262 Fax 785-296-8616 http://www.kdheks.gov/cyshcn

KANSAS
DEPARTMENT OF HEALTH
AND ENVIRONMENT
Division of Health

Mark Parkinson, Governor
Roderick L. Bremby, Secretary
www.kdheks.gov

M E M O R A N D O

FECHA: 12 de Noviembre de 2009

PARA: Padres o Guardianes

DE: Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Salud

El SUJETO Aplicación para Medicaid/HealthWave para

Servicios para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Salud (CYSHCN)-Necesidades Especiales de Salud requiere que **todos** los solicitantes apliquen a Medicaid/HealthWave, incluyendo individuos que no cumplan con los requerimientos de residencia en los Estados Unidos. Estamos enviando una aplicación dual que puede ser utilizada para ambos programas.

CYSHCN no autorizará pago por ningún servicio *adicional* hasta que la aplicación enviada sea acompletada y regresada a Health Wave y que ellos hagan una determinación de elegibilidad. Se debe proporcionar a CYSHCN una copia del aviso final de SRS de la elegibilidad de su niño para los beneficios médicos o de la negación de la elegibilidad debido a cosas como demasiados recursos, estado de residencia, o ingresos contables.

Si usted no es aceptado porque esta ganando demasiado dinero (ingresos contables) necesitara el programa de reducción de gastos. Es posible que tenga que pedir que la reducción de gastos sea figurada.

Por favor devuelva la aplicación adjunta a Health Wave en el sobre adjunto e infórme a CYSHCN cuando la aplicación este completa. Si CYSHCN no ha oído de usted entre los 30 días, nosotros asumiremos que usted no quiere nuestros servicios, y el archivo del solicitante será cerrado.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a la oficina de CYSHCN a través de la Haga la Diferencia Red de Información (Make a Difference) al teléfono gratis 1-800-332-6262 ó a 785-296-1313.

Adjunto

Versión en inglés al reverso