

## NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD (SHCN)

Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas – Oficina de Salud Familiar

*Si usted necesita asistencia en llenar la aplicación, por favor contacte su oficina Regional local.*

**Para acelerar el proceso de la aplicación por favor complete toda la aplicación e incluya la siguiente información:**

**Financiera** – Para determinar la elegibilidad financiera, necesitaremos copias de las fuentes de ingresos recibidos por todos los miembros del hogar que son responsables financieramente del aplicante. Por favor envíe lo siguiente:

- Seis (6) comprobantes de pago más recientes, 0 3 meses de comprobantes de pago, si le pagan una vez al mes.
- Carta del empleador(es) indicando el posible sueldo que usted recibirá en los siguientes 3 meses—la carta debe ser en papel de la compañía, con la fecha y firmada por el empleador indicando la información de contacto,
  - Si usted ha trabajado para su empleador por más de 3 meses, se requiere los comprobantes de pago. Si usted ha trabajado para su empleador por menos de 3 meses, se requiere una carta del empleador indicando el posible ingreso.
- Proporcione documentación por escrito de ingresos adicionales, tales como: beneficios por desempleo, asistencia financiera del Departamento de Niños y Familia, SSI, discapacidad, manutención por niños u otro ingreso que no sea de trabajo.
- Carta con la declaración de Pérdidas y Ganancias de su negocio, para los últimos tres (3) meses (SOLO para quienes trabajan por cuenta propia).

**En raras ocasiones, cuando usted no pueda proporcionar cheques/comprobantes de pago o una carta del empleador(es), usted puede enviarnos uno o más de los siguientes documentos para verificar los ingresos anuales del hogar; pero, esta opción será aceptada solamente con la aprobación de la Gerente del Programa**

- La última declaración de impuestos federales (1040 o 1040A)
- W-2's para todas las personas responsables financieramente por el aplicante en el hogar

### **Información Adicional:**

- Si usted está divorciada/o (o se divorció después de su última aplicación SHCN) envíe una copia completa de los documentos de divorcio que muestran la custodia del aplicante.
- Si el aplicante NO es un ciudadano de los Estados Unidos, por favor envíe una copia del certificado de nacimiento del aplicante (si no la enviado anteriormente).
- Si el aplicante y/u otro miembro del hogar que esté empleado es conocido por otro nombre(s), por favor incluya esos nombres en la aplicación en la sección "Alias del Solicitante y/o Padres."
- Documentación de custodia.
- Si tiene seguro médico privado, por favor envíe una copia de la tarjeta de seguro y la hoja del resumen del seguro con la información del copago, deducible y coseguro por persona.

**Formulario de Consentimiento (página 3)** - Este formulario DEBE ser completado y firmado. El consentimiento debe estar firmado por el aplicante si tiene 18 años o mayor (o por el guardián legal).

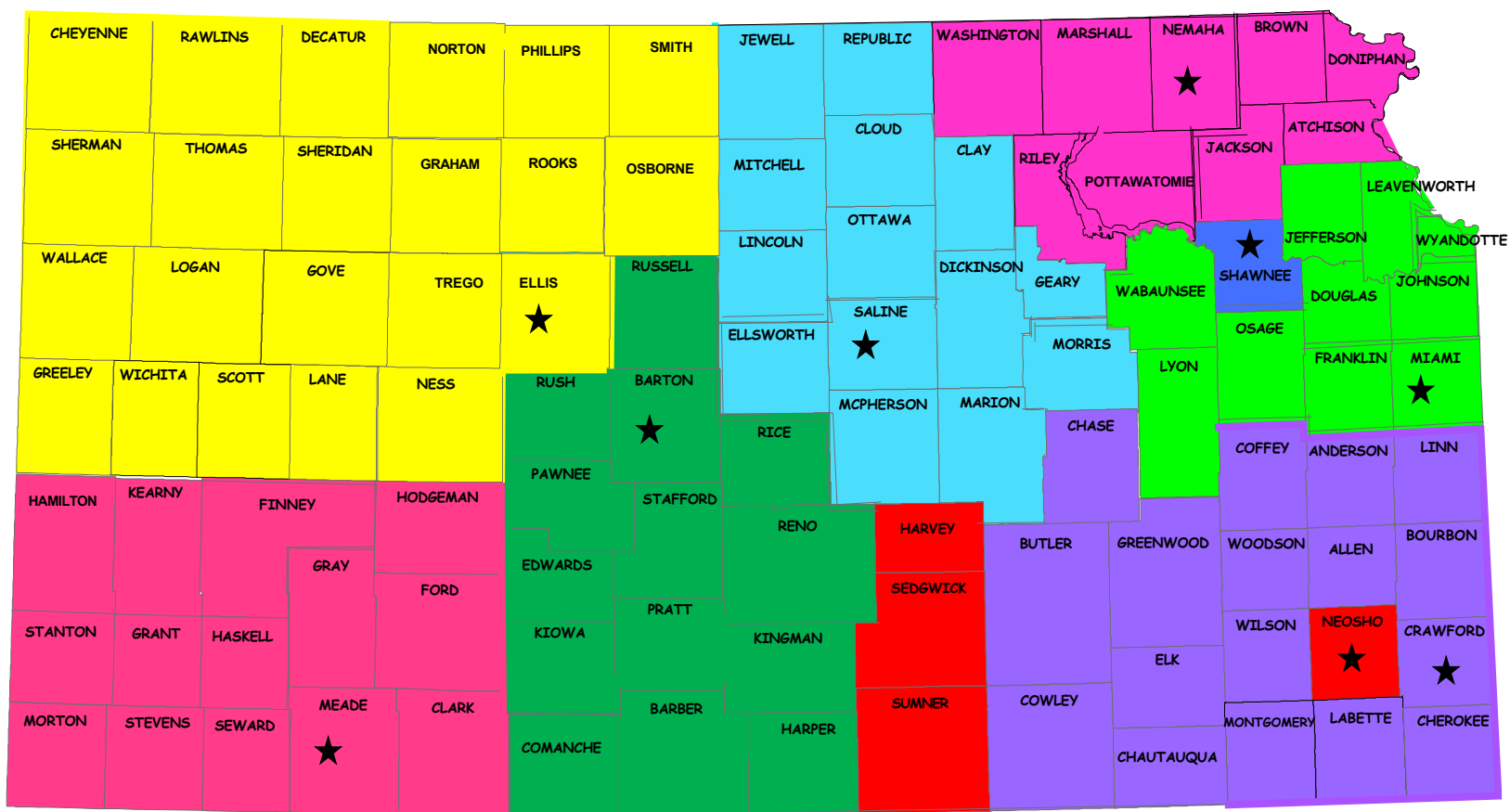
**Si usted no completa alguna parte de la aplicación o el formulario de consentimiento, la aplicación o formularios serán enviados de vuelta a usted para que los complete. Esto retrasará el proceso de la aplicación hasta que usted devuelva el formulario debidamente completado.**

Las aplicaciones completas serán procesadas en el orden en que se reciban. Si algo no aplica a usted o a su situación, escriba N/A para "no aplicable." De lo contrario, la aplicación puede verse como incompleta. Esta aplicación puede ser enviada por correo electrónico, por correo normal o por fax a su oficina regional asignada (vea el mapa e información a continuación).

**\* POR FAVOR GUARDE UNA COPIA PARA SUS REGISTROS**



## SHCN Satellite Offices – SFY 2021



**Topeka Administrative SHCN Office**

**1000 SW Jackson Ave, Suite 220, Topeka, KS 66612**

**Local: 785-296-1313 ~ Fax: 785-559-4238**

**Barton County Health Department**

1300 Kansas Ave., Great Bend, KS 67530  
Local: 620-793-1902 ~ Fax: 620-793-1903

**Miami County Health Department**

1201 Lakemary Dr., Paola, KS 66071  
Local: 913-294-2431 ~ Fax: 913-294-9506

**Crawford County Health Department**

410 E. Atkinson, Suite A, Pittsburg, KS 66762  
Local: 620-231-5411 ~ Fax: 620-231-1246

**Nemaha County Community Health Services, Inc.**

1004 Main St., Sabetha, KS 66534  
Local: 620-431-5770 ~ Fax: 620-431-5772

### Ellis County (Hays Area Children's Center)

94 Lewis Dr., Hays, KS 67601  
Local: 785-625-3257 ~ Fax:785-625-8557

**Neosho County Health Department**

320 E. Main Street, Chanute, KS 66720  
Local: 620-431-5770 ~ Fax: 620-431-5772

## Meade County Health Department

309 S. Webb/PO Box 248, Meade, KS 67864  
Local: 620-873-8745 ~ Fax: 620-873-8749

## Salina County Health Department

125 W. Elm Street, Salina, KS 67401  
Local: 785-286-6600 ~ Fax: 785-286-6605



**APLICACION DEL PROGRAMA DE  
NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD**



Referido por: \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino # de Seguro Social (Opcional) \_\_\_\_\_

Alias del Solicitante \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

# de Teléfono del Solicitante o los Padres (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Diagnostico del Solicitante o Razon por la Solicitud \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ # de Apt \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Escuela/Servicios de Intervencion Temprana \_\_\_\_\_

Distrito Escolar \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Servicios Especiales: ☐ Terapia Ocupacional ☐ Terapia Física ☐ Terapia de Habla ☐ Consejería  
☐ Otro Especifique \_\_\_\_\_

Medicación Actual

Nombre, dieccion y # de Farmacia

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Habla Ingles? ☐ Si ☐ No Si no, que idioma habla: \_\_\_\_\_

Persona de contacto que hable Ingles: \_\_\_\_\_

# deTeléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Esta usted o su hijo actualmente recibiendo servicios de un programa de exención  
(waiver):

☐ Si ☐ No

Si si, cual exención? \_\_\_\_\_

Quien es su Administrador de caso o persona que le ayuda con los servicios?

\_\_\_\_\_

Qué tipo de asistencia le proporcionan? \_\_\_\_\_

Si usted o su hijo tiene KanCare, quien es su administrador de casos?

\_\_\_\_\_

Recibe usted o su hijo asistencia de cordinacion de cuidado de otra  
agencia/organización?

\_\_\_\_\_



## APLICACION DEL PROGRAMA DE NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD



Nombre Del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Si si, de que otra agencia o organización la esta recibiendo? \_\_\_\_\_

Qué tipo de asistencia le proporcionan? \_\_\_\_\_

*Información solicitada sobre el solicitante\**

**Raza:**

*\*La respuesta no afectará la elegibilidad. La respuesta se usará para recopilar información sobre las personas que solicitan el programa..*

- ☐ Indio Americano  
☐ Nativo de Alaska  
☐ Asiático  
☐ Afroamericano  
☐ Nativo de Hawai u otras Islas del Pacifico  
☐ Caucásico  
☐ Otro \_\_\_\_\_

**Etnicidad:**

- ☐ Hispano /Latino  
☐ No Hispano/Latino

Los servicios se brindan de manera no discriminatoria de acuerdo con las regulaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos y el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964. Cualquier persona que crea que se practica la discriminación por motivos de raza, color u origen nacional, tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas o el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

**Estado civil del padre/solicitante:**

- ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado

**Nombre de los padres (con quien el solicitante vive) y # de Teléfono (marque la caja para indicar si es padrasto/madrastra)**

Apellido	Nombre	inicial de segundo nombre	# de Teléfono
_____	_____	_____	( ) _____ <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	( ) _____ <input type="checkbox"/>

**Nombre del padre que NO vive con el solicitante**

Apellido	Nombre	inicial de Segundo nombre	# de Teléfono
_____	_____	_____	( ) _____ <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	( ) _____ <input type="checkbox"/>

**Nombre de Guardián Legal si no son los padres:** \_\_\_\_\_

**# de Teléfono:** ( ) \_\_\_\_\_

**Dirrección:** \_\_\_\_\_ **# de Apt** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Codigo:** \_\_\_\_\_



## APLICACION DEL PROGRAMA DE NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD



Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Enumere TODOS los ingresos recibidos por las personas que viven en su hogar (relacionadas y no relacionadas). Asegúrese de incluir todas las fuentes de ingresos brutos (antes de impuestos) como salarios, dividendos e intereses, asistencia de DCF (TANF, cupones de alimentos), SSI, anualidades, pensiones, discapacidad, pensión alimenticia, desempleo y otros ingresos no derivados del trabajo. La información financiera se verificará antes de la autorización del servicio. (\* Si hay ingresos adicionales, por favor liste en una hoja aparte)

Nombre	Nombre del Empleador	Teléfono del Trabajo	Suma (ingreso bruto)	Frecuencia
			\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> mensual
			\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> mensual
			\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> mensual

Cantidad	Frecuencia
Estampillas: \$ _____	_____
Ingreso de SSI: \$ _____	_____
Ingreso de SSDI: \$ _____	_____
Manutención: \$ _____	_____

Enumere todos los bienes en efectivo para todas las personas que viven en su hogar (incluya dinero en efectivo, cuentas de cheques / ahorro, certificados de depósito, acciones y bonos) excluyendo 401 (k) y jubilación.

Tipo de Recurso	Nombre de la Cuenta	Valor
		\$
		\$

Información de seguro médico del solicitante (si tiene un seguro privado, envíe una copia de la tarjeta del seguro y la página de resumen de su seguro que indique la información del copago, el deducible y el coseguro por individuo)

Aplico para Medicaid/Kancare Si / No	Nombre de Seguro Medico	Fecha de Inicio	Póliza y numero del Grupo	Deducible individual	Covertura Dental Ortodoncia Si / No	Recibe SSI Si / No

Otra cobertura de seguro médico disponible para el solicitante

Nombre de Seguro Medico	Fecha de Inicio	Póliza y numero del Grupo	Deducible por familia/individual	Covertura Dental/Ortodoncia Si / No



## APLICACION DEL PROGRAMA DE NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD



Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Enumere todas las personas viviendo en el hogar (familiares o no)**

Nombre	Relacion con el soliciatante	Fecha de Nacimiento	Seguro Medico Si / No

**RESPONSABILIDADES DE LA FAMILIA:** Estoy de acuerdo y acepto:

Si no tiene seguro, el solicitante debe solicitar Medicaid, si corresponde.

Solicite los beneficios del seguro y asigne dichos beneficios al hospital, a los médicos y a los proveedores de equipos y artículos médicos solicitados por el médico tratante.

Solicite los beneficios de seguro de cualquier seguro no asignable mediante el pago al hospital, al médico y a los proveedores de equipos y artículos médicos ordenados por el médico tratante.

Pague a SHCN cualquier producto del seguro que se envíe directamente a mí, si el pago del seguro se hace por el tratamiento o equipo proporcionado y pagado por las Necesidades Especiales de Atención Médica.

También acepto notificar a Special Health Care Needs dentro de los 30 días siguientes a lo siguiente:

El solicitante adquiere un seguro de salud.

El solicitante pasa a ser elegible para Medicaid, Seguridad de Ingreso Suplementario, Pagos por Incapacidad y Pagos TANF o Cambios en la dirección del solicitante, ingresos, estado civil, custodia de hijos, ingresos familiares o activos en efectivo de \$ 500 por año u otras circunstancias que afectan al solicitante o persona elegible.

Certifico bajo pena de perjurio que, a mi leal saber y entender, mis respuestas son correctas y completas. Entiendo que, además de otras sanciones, es ilegal obtener, intentar obtener o ayudar a otra persona a obtener, por medio de una declaración o representación intencionalmente falsa, o por suplantación, colusión u otro dispositivo fraudulento, asistencia a la cual ellos o yo no tenemos derecho, y esto constituirá el delito de robo, según lo definido por KSA 2011 Supp. 21-5801, que podría ser un delito grave.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre, Guardián Legal, Solicitante si es mayor de los 18 años o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Relación con el solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha



## CONSENTIMIENTO DE ENTREGA DE INFORMACION



Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirreccion: \_\_\_\_\_ # de Apt: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Autorizo al Programa Necesidades especiales De Salud (Special Health Services-SHCN) obtener información médica y de los siguientes (marcar las casillas confirma el consentimiento). Por favor incluya información de contacto.

☐ Hospital \_\_\_\_\_

☐ Padres como Maestros \_\_\_\_\_

☐ Distrito Escolar# \_\_\_\_\_

☐ Trabajador del Caso \_\_\_\_\_

☐ Guardería \_\_\_\_\_

☐ Departamento de Kansas para Niños y Familias

☐ Otro \_\_\_\_\_

☐ Otro \_\_\_\_\_

☐ Médico \_\_\_\_\_

☐ Medicaid/KanCare \_\_\_\_\_

☐ Seguro Privado \_\_\_\_\_

☐ Organización CDDO \_\_\_\_\_

☐ Early Head Start/Head Start \_\_\_\_\_

☐ TRICARE \_\_\_\_\_

☐ Otro \_\_\_\_\_

☐ Otro \_\_\_\_\_

**Caducidad:** esta autorización expirará un año a partir de la fecha de la firma.

**Propósito:** determinación de elegibilidad médica, coordinación de la atención, garantía de calidad de los servicios de tratamiento.

**Declaraciones de entendimiento:**

- Entiendo el potencial de Necesidades Especiales de Atención Médica para volver a divulgar esta información y es posible que ya esté protegida por la ley federal.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.
- Si revoco esta autorización, no tendrá efecto en las acciones ya tomadas en virtud de este formulario.
- Autorizo el uso o la divulgación de los registros / información descritos.
- He leído y entiendo este formulario. He recibido una copia de este formulario.
- Soy el paciente enumerado o estoy autorizado para "actuar en nombre del solicitante / paciente como representante personal del solicitante".

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre, Guardián Legal, Solicitante si es mayor de los 18 años o representante autorizado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**SI MÁS DE 18 AÑOS:** autorizo a KDHE / SHCN a analizar mi información financiera y médica con las siguientes personas:

\_\_\_\_\_  
**Nombre**

\_\_\_\_\_  
**Relacion con el solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Nombre**

\_\_\_\_\_  
**Relacion con el solicitante**

**Siguiente** 



**CONSENTIMIENTO DE ENTREGA DE  
INFORMACION**



**PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE SHCN**

**Information Being Requested:** \_\_\_\_\_

**Medical Record Information (since):** \_\_\_\_\_ **Date Requested:** \_\_\_\_\_