

Departamento de Salud de Maryland
Oficina por Genética y Personas con Necesidades Especiales de Salud
Solicitud para el Programa de Servicios Médicos para Niños (CMS)

**OFFICE USE ONLY
DATE RECEIVED**

Devolver a:

Children's Medical Services (Servicios Médicos para Niños)
Departamento de Salud de Maryland
201 West Preston Street, Room 423-A, Baltimore, MD 21201-2399

Teléfono: (410) 767-5585 o 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: Primario _____ Secundario _____ Correo Electrónico _____

Estado civil: Soltero Casado

Etnia (marque una)	Raza (marque una)	
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Asiático o de las Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> No-Hispano	<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Americano nativo	<input type="checkbox"/> 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 #: () _____ - _____

Nombre del médico o pediatra del solicitante: _____

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 <u>solicitante</u>	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____

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, si no responda la siguiente pregunta.

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

Pago de préstamos debidos a Deudas de atención médica POR MES \$ _____

Primas del seguro médico 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", ¿es el solicitante 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", ¿es el solicitante elegible para los beneficios SSI? Sí No Pendiente

¿Está el solicitante 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 'Child Find'
- Servicios de Salud Mental
- Servicios de la Administración de Discapacidades de Desarrollo
- Otros (por favor, especifique) _____

¿Posee el/la solicitante cobertura de algún seguro médico o es miembro de un/a 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 POR GENÉTICA Y PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD
PARA EL PROGRAMA DE LOS SERVICIOS MÉDICOS PARA NIÑOS (CMS)**

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 pueda 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, de cualquier cambio que se produjera en relación con esta solicitud.

Nombre del solicitante (Por favor, impreso)

Fecha de nacimiento

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

Fecha (el día de hoy)

Firma del testigo

Fecha (el día de hoy)