

\*\*\*\*\* Información requerida \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\* Información requerida \*\*\*\*\*

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

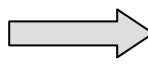
Nombre de Seguro Primario:	Número de Identificación del Seguro:
Nombre de Poseedor de Política:	Número de Grupo del Seguro:

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) _____		<b>Total en la familia</b>
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. <b>Los ingresos de SSI no son incluidos como ingresos</b>	\$ _____
<b>Ingresos brutos mensuales totales*</b>	\$ _____

**Gastos MENSUALES para la familia (fuera de bolsa)**

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

<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**	\$ _____				
<b>Ingresos totales</b>	\$ _____				

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

### Lo que no puede incluirse como gastos

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