

# 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).

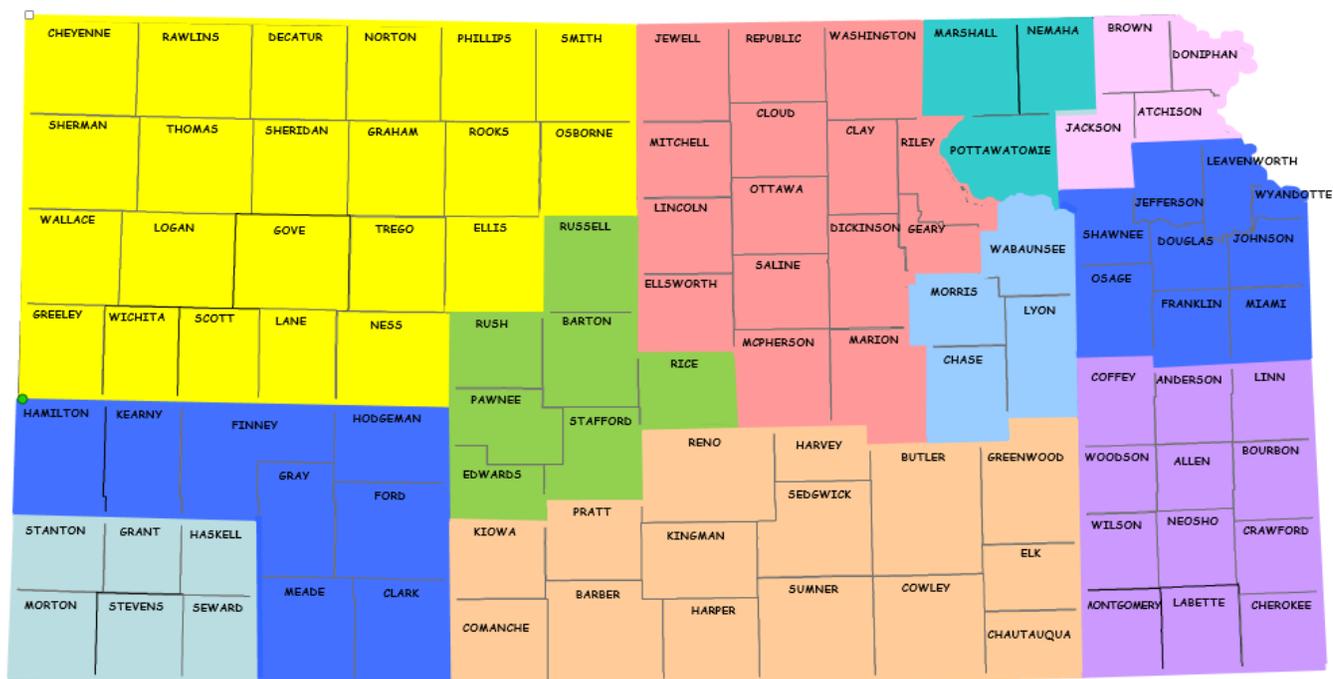
**Si usted no completa alguna parte de la aplicación o el formulario de consentimiento, la aplicación o formularios serán enviados de vuelta a usted para que los complete. Esto retrasará el proceso de la aplicación hasta que usted devuelva el formulario debidamente completado.**

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).



# PROGRAMA DE NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD

## OFICINAS SATELITALES



**Topeka Administrative SHCN Office**

1000 SW Jackson Ave, Suite 220, Topeka, KS 66612  
 Toll free: 1-800-332-6262  
 Local: 785-296-1313 ~ Fax: 785-559-4238  
[www.kdheks.gov/shcn](http://www.kdheks.gov/shcn)

**Barton County**

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

**Crawford County Health Department**

410 E. Atkinson, Suite A, Pittsburg, KS 66762  
 Local: 620-231-5411 ~ Fax: 620-235-7135

**Hays Area Children's Center**

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

**Morris County Health Department**

221 Hockaday St., Council Grove, KS 66846  
 Local: 620-767-5175 ~ Fax: 620-767-6880

**Nemaha County Community Health Services Inc.**

1004 Main Street, Sabetha, KS 66534  
 Local: 785-284-2152 ~ Fax: 785-284-3827

**Northeast Kansas Multicounty Health Department**

907 S 2<sup>nd</sup> St., Hiawatha, KS 66434  
 Local: 785-742-2505 ~ Fax: 785-742-7988

**Saline County Health Department**

125 W Elm, Salina, KS 67401  
 Local: 785-826-6600 ext./ 260 ~ Fax: 785-826-6605

**Stevens County Health Department**

505 S Polk St., Hugoton, KS 67951  
 Local: 620-544-7177 ext. 16 ~ Fax: 620-544-2006

**University of Kansas School of Medicine – Wichita**

551 N. Hillside, Suite 250, Wichita, KS 67214  
 Local: 316-962-2021 ~ Fax: 316-962-2017

## APLICACION PARA EL PROGRAMA DE NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD (SHCN)

**Indique con N/A o "no aplicable" para secciones que no aplican a usted o su situación. De lo contrario, la aplicación puede verse como incompleta.**

<b>NOMBRE DEL SOLICITANTE</b> (individuo necesitando los servicios)			Fecha de Nacimiento	SEXO M/F	# de Seguro Social (opcional)	Apellido Materno	
Apellido	Nombre	Segundo Nombre					
Alias del Solicitante y/o de los Padres		Correo Electrónico			# de Teléfono del solicitante o los Padres	( )	
Diagnostico del Solicitante o Razón por la Solicitud							
Dirección			Apt #	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Escuela/Servicios de Intervencion Temprana			Distrito Escolar	Telefono ( )	Servicios Especiales Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Terapia física <input type="checkbox"/> Terapia de Habla <input type="checkbox"/> Consejería <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE):		
Medicamentos (anexe paginas adicionales si es necesario)			Nombre y Dirección de la Farmacia			Teléfono ( )	
						( )	
						( )	
Habla Inglés?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Si no, que idioma habla	Persona de contacto que hable Ingles			Teléfono ( )	
Información sobre el/la solicitante *						Etnicidad: Hispano o Latino <input type="checkbox"/>	
Raza: Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afro- Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o otra isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro (especifique) <input type="checkbox"/> _____							
*La respuesta no afectará la elegibilidad. La respuesta solo se utilizara para reunir información sobre las personas que aplican para el programa.							
<b>Servicios son proporcionados sin discriminación de acuerdo con las regulaciones del Departamento de Salud &amp; Servicios Humanitarios y el Titulo VI de los Derechos Civiles del 1964. Si alguien cree que se le esta discriminando por razones de su raza, color u origen, tiene el derecho de levantar una queja con el Departamento de Salud y Ambiente de Kansas o el Departamento de Salud &amp; Servicios Humanitarios o con ambos.</b>							
Estado Civil del Padre/SOLICITANTE	<b>NOMBRE DE LOS PADRES (con quien el solicitante vive)</b> (marque la caja para indicar si es padrastro/madrastra)			Teléfono	Nombre del padres que <b>NO</b> vive con el solicitante		Teléfono
Apellido	Nombre	Segundo Nombre		( )	Apellido	Nombre	Segundo Nombre
Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>				( )			( )
Viudo <input type="checkbox"/>				( )			( )
Divorciado <input type="checkbox"/>				( )			( )
Separado <input type="checkbox"/>				( )			( )
Nombre de Guardián Legal si no son los Padres:			Teléfono	Dirección	Apt #	Ciudad	Estado
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	( )				

**Enumere TODOS los ingresos recibidos por las personas viviendo en el hogar. (parientes o no) Asegúrese de incluir todos los ingresos brutos (antes de los impuestos) como sueldo, dividendos, intereses y asistencia de DCF (TANF, estampillas), SSI, anualidades, pensiones, discapacidad, manutención, asignación, desempleo y otros ingresos que no sean de trabajo. La información financiero será verificada antes de ser aprobado los servicios.**

Nombre de la persona que trabaja o recibe el dinero. Anexar hojas adicionales si es necesario	Quien provee el dinero? Nombre del empleador, programa o persona, por favor especifique.	Teléfono del Trabajo	Frecuencia? Semanal, cada 2 semanas, dos veces al mes o mensual	Suma? (INGRESO BRUTO)
1.		( )		
2.		( )		
3.		( )		

## APLICACION PARA EL PROGRAMA DE NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD (SHCN)

Indique con N/A o "no aplicable" para secciones que no aplican a usted o su situación. De lo contrario, la aplicación puede verse como incompleta.

Nombre del Solicitante	Fecha de Nacimiento
------------------------	---------------------

**Enumera los bienes en efectivo de todas las personas que viven en el hogar (incluir efectivo, cuentas de ahorro/cheque, certificados de deposito, acciones & bonos)**

Tipo de Recurso	Nombre en la Cuenta	Valor
1.		
2.		
3.		

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

Nombres (anexa otra pagina si es necesario) Apellido                      Nombre	Relación con el Solicitante	Fecha de Nacimiento	Aplico para Medicaid	Nombre de Aseguranza Médica	Fecha de Inicio	Póliza & Numero del Grupo	Deducible por Familia/Individual	Cobertura Dental/Ortodoncia SI/No	Recibe SSI Si/No
1.	(Solicitante)								
2.									
3.									
4.									
5.									

**Otra cobertura medica disponible para el solicitante (por ejemplo de un padre que no vive en el hogar o de abuelos)**

Nombre (anexa otra hoja si es necesario) Apellido                      Nombre	Relación con el Solicitante	Nombre de Aseguranza Medica	Fecha de Inicio	Póliza & Numero del Grupo	Deducible por Familia/Individual	Cobertura Dental/Ortodoncia SI/No
1.						
2.						

**RESPONSABILIDAD DE LA FAMILIA-Estoy de acuerdo a:**

Aplicar por los beneficios del seguro y asignar los beneficios al hospital, medico y suplidores de equipos y artículos médicos ordenado por el medico.

Aplicar por los beneficios de seguros no asignables haciendo pagos al hospital, medico y suplidores de equipos y artículos médicos ordenados por el medico.

Reembolsar SHCN, cualquier pago del seguro enviado directamente a mi, si el pago es por tratamiento o equipo proporcionado y pagado por el Programa de Necesidades Especiales de Salud.

También me comprometo de notificar al Programa de Necesidades Especiales de Salud dentro 30 días lo siguiente:

El solicitante adquiere aseguranza médica.

El solicitante califica para Medicaid, Ingreso Seguridad Suplementario, Pagos de Discapacidad, y Pagos de TANF o

Cambios en la dirección del solicitante, ingresos, estado civil, custodia del solicitante, ingreso de la familia o bienes efectivo de \$500 por año o cualquier otra circunstancia que afecte la elegibilidad del solicitante.

Yo certifico bajo penalidad de perjurio que todas mis respuestas son correctas y completas a mi conocimiento. Yo entiendo que en adición a otras penalidades, es ilegal obtener, tratar de obtener, o ayudar a otra persona obtener, por medio s de una declaración falsa o representación o por imitación, colusión, u otro dispositivo fraudulento, asistencia a algo no permitido a ellos o a mi, y esto constituye un crimen de robo, como es definido por K.S.A.2011 Supp. 21-5801, que puede ser a la vez un delito grave.

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

\_\_\_\_\_  
Relación con el Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

KANSAS DEPARTMENT OF HEALTH AND ENVIRONMENT  
 SPECIAL HEALTH CARE NEEDS (SHCN)  
 1000 SW Jackson, Suite 220, Topeka, Kansas 66612-1274  
 (785) 296-1313 o Toll Free 1-800-332-6262 o (785)559-4238 (fax)  
<http://www.kdheks.gov/shcn>

**Consentimiento Para Entrega de Información**

<b>Nombre</b>					<b>Fecha de Nacimiento</b>	
<b>Dirección</b>	<b>Apt#</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Condado</b>	

Yo autorizo al Programa de Necesidades Especiales de Salud (SHCN) obtener información médica de los siguientes doctores, hospitales y clínicas.

Doctor Primario	Dirección (REQUERIDA)	Ciudad, Estado, Código Postal	Teléfono
Especialista o Hospital	Dirección (REQUERIDA)	Ciudad, Estado, Código Postal	Teléfono

**Expiración:** Esta autorización expira un año de la fecha firmada.

**Propósito:** Determinación de elegibilidad medica, coordinación de cuidado, aseguranza de la calidad de servicio para el tratamiento

**Declaración de Entendimiento:**

Yo entiendo el potencial para que el Programa de Necesidades Especiales de Salud para compartir la información y quizás no este protegido por las leyes federales  
 Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento  
 Si revoco esta autorización, no habrá ningún efecto a medidas ya tomadas con respecto a esta forma  
 Yo autorizo el uso de los expedientes/información descrita. Yo he leído y entiendo esta forma. He recibido una copia de al forma. Soy el paciente o estoy autorizado para actuar por el paciente como el representante personal del paciente.

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

\_\_\_\_\_  
 Fecha

SI ES MAYOR DE 18:Yo autorizo a KDHE/SHCN que hable sobre mi finanzas e información médica con las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación al Solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación al Solicitante: \_\_\_\_\_

**SERA LLENADO POR EL PERSONAL DE SHCN**

Information Being Requested: \_\_\_\_\_ Medical record information (since) \_\_\_\_\_

Date Requested \_\_\_\_\_