



Solicitud Financiera para el Programa para Niños con Discapacidades Médicas (CMH)

Sección A: Información del Padre/Tutor

Nombre del Padre/Tutor/Cliente (mayor de 18 años):		Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:		
Relación con el Cliente:					
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Teléfono de casa:		Teléfono del trabajo:		Teléfono móvil o celular:	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Segundo matrimonio <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Padres naturales que residen juntos <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Otro					
Actualmente embarazada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de nacimiento para el bebé: ___/___/___ ¿Número de niños no nacidos?: _____					

Sección B: Información del hogar (Enumere a cada persona que vive con usted)

Nombre completo (Nombre, Inicial del Segundo Nombre. Apellido):			Fecha de Nacimiento: ___/___/___	¿Embarazada?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Residente de Ohio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Seguridad Social:	Relación con el cliente:	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de nacimiento para el bebé: ___/___/___
¿Cliente de CMH?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Cliente CMH:	Idioma primordial en casa:		¿Número de niños no nacidos?: _____
Nombre completo (Nombre, Inicial del Segundo Nombre. Apellido):			Fecha de Nacimiento: ___/___/___	¿Embarazada?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Residente de Ohio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Seguridad Social:	Relación con el cliente:	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de nacimiento para el bebé: ___/___/___
¿Cliente de CMH?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Cliente CMH:	Idioma primordial en casa:		¿Número de niños no nacidos?: _____
Nombre completo (Nombre, Inicial del Segundo Nombre. Apellido):			Fecha de Nacimiento: ___/___/___	¿Embarazada?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Residente de Ohio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Seguridad Social:	Relación con el cliente:	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de nacimiento para el bebé: ___/___/___
¿Cliente de CMH?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Cliente CMH:	Idioma primordial en casa:		¿Número de niños no nacidos?: _____
Nombre completo (Nombre, Inicial del Segundo Nombre. Apellido):			Fecha de Nacimiento: ___/___/___	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Residente de Ohio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Seguridad Social:	Relación con el cliente:	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de nacimiento para el bebé: ___/___/___
¿Cliente de CMH?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Cliente CMH:	Idioma primordial en casa:		¿Número de niños no nacidos?: _____

Sección C: Información de Ingresos

Para usted y cada persona que reside con usted (ya sea que esté solicitando cobertura de salud para esa persona o no), indique cada modo de ingresos, tales como: anualidades, salarios, trabajo por cuenta propia, pagares por medio del seguro social, pensión del VA, compensación de trabajadores, apoyo conyugal, sostenimiento infantil y sostenimiento médica. **DEBE INCLUIR: 3 talones de pago actuales indicando cantidad de ingresos en bruto y una copia de su declaración de impuestos federal más reciente, incluyendo el Anexo 1 (Ingresos Adicionales y Ajustes a los Ingresos).**

Nombre	Empleador o Fuente de Ingresos	Ingresos en Bruto	Frecuencia de Ingresos

¿Usted o su cónyuge han cambiado de trabajo o han estado desempleados en los últimos 12 meses?: Sí No Not Aplicable Si respondió "Sí", explique la razón. *Indique las fechas de inicio y finalización de todos los cambios de trabajo/ingresos*

Sección D: ¿Alguien en su hogar paga por el cuidado de sus hijos mientras estudia o trabaja?

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", incluya comprobante (recibo, talón de pago cancelado, carta del proveedor)	Cantidad de pagos por semana: \$ _____
---	--

Sección E: Información de seguro médico nuevo o reciente para el cliente

Nombre de compañía de seguros:		Número de teléfono:
Nombre del asegurado:	Fecha efectiva: ____/____/____	Prima mensual: \$ _____
Número de póliza:	Número de grupo:	
¿Su plan incluye beneficios por recetas medicas?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su plan de medicamentos requiere pedidos de farmacia por correo?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la empresa que administra los beneficios de recetas medicas:		
¿Tiene seguro dental el cliente?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene seguro de visión el cliente?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la empresa que administra el beneficio dental:		
Nombre de la empresa que administra el beneficio de la visión:		

Sección E2: Información de seguro médico secundario para el cliente

Nombre de compañía de seguros:		Número de teléfono:
Nombre del asegurado:	Fecha efectiva: ____/____/____	Prima mensual: \$ _____
Número de póliza:	Número de grupo:	
¿Su plan incluye beneficios por recetas medicas?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su plan de medicamentos requiere pedidos de farmacia por correo?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la empresa que administra los beneficios de recetas medicas:		
¿Tiene seguro dental el cliente?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene seguro de visión el cliente?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la empresa que administra el beneficio dental:		
Nombre de la empresa que administra el beneficio de la visión:		

Sección F: Divulgación de información y consentimiento

Por la presente autorizo a mi hijo/mi médico gerente o coordinador de servicios a presentar esta solicitud al Programa del Departamento de Salud de Ohio, Niños con Discapacidades Médicas, (en adelante, "CMH"), para servicios al niño o cliente (en adelante conocido como "cliente") nombrado en la parte frontal de esta solicitud. Autorizo a CMH a liberar información confidencial sobre la condición médica y el tratamiento del cliente, toda la información financiera y la cobertura de terceros a los departamentos de salud del condado y/o de la ciudad ubicados en la ciudad o condado donde vive el cliente o recibe tratamiento y a proveedores de atención médica y servicios, instalaciones y terceros pagadores (y sus agentes y empleados) con el fin de proporcionar o facilitar la prestación o organización de servicios al cliente. Esta autorización incluye la liberación de toda la información relativa a las condiciones médicas y el tratamiento del cliente, incluyendo, si corresponde, la prueba del VIH del cliente o el diagnóstico de las condiciones relacionadas con el SIDA.

Certifico y atestigo que toda la información dada por mí en este formulario la cual otros formularios de CMH es verdadera y precisa. Por lo presente doy mi permiso para verificar toda la información financiera. Autorizo la liberación a CMH de toda la información relacionada con mi contrato de seguro en cuanto a facturas presentadas en nombre del cliente y las cantidades pagadas y a quién se pagaron estas facturas.

Esta autorización de liberación es efectiva a partir de la fecha de mi firma la cual permanecerá en vigor y sera revocada unicamente por escrito. Entiendo que la información mencionada anteriormente no se divulgará a ninguna otra entidad sin una autorización de liberación por escrito adicional de mí u otra persona que tenga autoridad legal para proporcionar dicha liberación o según lo exija la ley. He leído esta autorización para liberar información y comprendo completamente su contenido y confirmo aver recibido el Aviso de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de CMH.

Cuando un niño cumple 18 años, debe firmar este formulario (si es posible). Si el niño de 18 años no puede firmar, el padre o tutor legal puede firmar el formulario y proporcionar una explicación por escrito con respecto a la razón por la que el 18 años no puede firmar, junto con la documentación de la corte que designa a los padres como tutores.

I, _____, Dar permiso a CMH para liberar información y / o argumentar mi caso con _____
 (nombre del cliente) (Nombre y relación con el cliente)

 Padre/Tutor Legal/Firma del Cliente Relación con el cliente Fecha

Agregue una hoja adicional si se necesita más espacio.