

**Iniciativa Médica Domiciliaria de Connecticut para
Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud*
FAVOR
185 Silas Deane Highway
Wethersfield CT 06109
Tel: 860-436-6544 Línea gratis: 855-436-6544
Fax: 860-563-3961 Email: CTMedicalHome@FAVOR-CT.org**

SOLICITUD DE PROGRAMA

| | | | | |
|---|----------------|---------------------|--|------------------------|
| Fecha: | | Referido por: FAVOR | | |
| Información de Niño/Niña | | | | |
| Nombre: Apellido: | | Primero: | | |
| Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | F. de N.: / / | | # Seguro Social - - Requerido para ser elegible para fondos de respiro y servicios extendidos | |
| Dirección: | | | | |
| Ciudad: | | Estado: | | Código Postal: |
| Lengua preferido: | | | | |
| Raza/Identidad Étnica | | | | |
| Hispana <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | |
| Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática/Isleña delPacífico <input type="checkbox"/> Indígena Americana <input type="checkbox"/> Otra (Especifique) | | | | |
| Información de Padres/Tutor | | | | |
| Nombre | # Tel. de casa | # Tel. de trabajo | # Tel. celular | Mejor hora para llamar |
| Madre: | | | | |
| Padre: | | | | |
| Otro: | | | | |
| Si prefiere que se le contacte por correo electrónico, por favor indique la dirección: | | | | |
| ¿Recibe su niño cualquiera de las siguientes cosas? | | | | |
| Ingreso de Seguro Social <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | |
| <input type="checkbox"/> Husky A <input type="checkbox"/> Husky B <input type="checkbox"/> Husky B+ <input type="checkbox"/> Husky C <input type="checkbox"/> Katie Beckett Waiver <input type="checkbox"/> Private Insurance | | | | |
| Husky ID# | | Private Ins. ID#: | | |
| Otro apoyo financiero <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (En caso de sí, especifique la fuente*) _____ | | | | |
| (* p.ej., Fundación Fibrosis Quística, Subsidio Farmacéutico, MDA, UCP, Club de Leones, Shriner's, etc.) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Es el niño/a mayor de 18 años? <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Empleado? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Programa de día? <input type="checkbox"/> Actualmente espera programa de día? <input type="checkbox"/> Vive en casa el Niño/a? | | | | |

| |
|--|
| <p>* La Iniciativa Médica Domiciliaria de Connecticut para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud es un programa patrocinado por el Depto. de Salud Pública del Estado de CT. Hay información disponible en su sitio web al: www.dph.state.ct.us. 8/31/15</p> |
|--|

| Información de la Madre | | | |
|---|---|---|--------------------|
| Nombre: Apellido: | Apellido de soltera: | Primero: | FDN: / / |
| Dirección: | | Piso/# Apartamento: | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | |
| # Seguro Social - - | Tutor Legal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Viuda | | | |
| Empleador: | | | |
| Dirección del Empleador: | | | |
| Seguro Médico: | | # ID de Seguro Médico | |
| # Teléfono del Seguro Médico | | | |
| Dirección Postal del Seguro Médico: | | | |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: | |
| Información del Padre | | | |
| Apellido: | Nombre: | FDN: / / | |
| Dirección: | | Piso/# Apartamento: | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | |
| # Seguro Social - - | Tutor Legal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo | | | |
| Empleador: | | | |
| Dirección del Empleador: | | | |
| Seguro Médico: | | # ID de Seguro Médico | |
| # Teléfono del Seguro Médico | | | |
| Dirección Postal del Seguro Médico: | | | |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: | |
| Información de contacto para tutor legal si no es uno de los padres | | | |
| Nombre: Apellido: | Primero: | # Seguro Social - - | |
| Dirección: | | Piso/# Apartamento: | |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: | Relación de Tutor: |
| Información de Ingresos de la Familia | | | |
| Ingreso Familia | Cantidad | Ingreso Anual | Cantidad |
| SSI /SSDI Mensual del Niño | | Padre income or SSI/SSDI | |
| Jubilación Mensual | | Madre income or SSI/SSDI | |
| Pensión Alimenticia Mensual | | Ingreso Anual Total | |
| Apoyo mensual de Niño | | Número de niños viviendo en la domiciliaria | |
| Asistencia Temporal para Familias Mensual | | Número de adultos viviendo en la domiciliaria | |
| Otro | | | |
| <u>POR FAVOR ADJUNTE UNA COPIA DE SU MÁS RECIENTE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS O CUATRO TALONARIOS DE SALARIO COMO PRUEBA DE SU INGRESO</u> | | | |

INFORMACIÓN DE LAS NECESIDADES ESPECIALES DE CUIDADO DE SALUD Y MÉDICAS DEL NIÑO

Diagnóstico(s) del Niño

| | |
|---------------------------|--|
| 1. Diagnóstico Primario | |
| 2. Diagnóstico Secundario | |
| 3. Otra condición | |
| 4. Otra condición | |

Proveedor Primario de Cuidados de Salud del Niño

| | | |
|--------------------------------|------------|----------------|
| Nombre de Proveedor: | # Teléfono | |
| Dirección postal de Proveedor: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: |

Proveedor(es) de Cuidados Especializados para el Niño

| Nombre de Especialista | Especialidad | Dirección | # Teléfono |
|------------------------|--------------|-----------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2. ¿Necesita su niño servicios que actualmente no está recibiendo? Sí No
 (Ejemplo: Medicina, Grupos de Apoyo, Coordinación de Cuidado, Educación Especial, equipo, cuidado de niño etc.) En caso afirmativo, por favor describa:

3. Si usted tiene algún asunto o preguntas respecto a su niño que no se haya mencionado o cubierto en este formulario, por favor indíquelo abajo.

4. Nombres de otros niños con necesidades especiales de cuidado de salud en la familia, actualmente inscritos en este programa:

Para Uso Exclusivo de la Oficina

Elegible para Fondos de Servicio Extendido: SÍ NO En caso de NO, Explique la razón