

**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 del Pacífico <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

--