

Fecha de hoy

SOLO PARA USO DE CHC	
N.º de CHC:	
<input type="checkbox"/> Solicitud inicial	<input type="checkbox"/> Nueva solicitud

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE ARKANSAS
DIVISIÓN DE SERVICIOS DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO
PROGRAMA PARA NIÑOS CON CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD (CHC)
 P.O. BOX 1437 - SLOT S380
 LITTLE ROCK, AR 72203-1437
 TELÉFONO: 1-800-482-5850 EXT. 22277 O (501)-682-2277 FAX: (501)-682-8247

Sección 1: Información de identificación del niño

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Número de seguridad social	Número de Medicaid
Sexo	Raza				
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Otra/Especifique			
	Etnia				
	<input type="checkbox"/> Centro y Sudamérica	<input type="checkbox"/> Cubana	<input type="checkbox"/> Mexicana	<input type="checkbox"/> Puertorriqueña	<input type="checkbox"/> Otra/Especifique
Idioma que se habla en el hogar:	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro/Especifique	¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección postal: código postal o calle		Ciudad	Código postal + 4	Condado	
Dirección residencial <input type="checkbox"/> La misma que la anterior		Ciudad	Código postal + 4	Condado	
Teléfono de casa	Teléfono celular	Teléfono del trabajo del padre	Teléfono del trabajo de la madre		
Teléfono para mensajes (Indique la relación con el niño):					
Dirección de correo electrónico					
¿Cobertura de seguro médico actual?		<input type="checkbox"/> Sí. Proporcione la información del seguro.		<input type="checkbox"/> No	
Fecha de la solicitud :					
¿Solicitó un seguro médico?		<input type="checkbox"/> Sí. Proporcione la información del seguro.		<input type="checkbox"/> No	
Nombre de la compañía aseguradora					
Dirección					
Ciudad, estado, C.P.					
Teléfono					
Número de póliza					
Nombre del asegurado primario					
Fecha de solicitud o fecha de cobertura					

Sección 2: Información sobre la composición del hogar

Nombre completo	Relación con el niño	Número de seguridad social	Fecha de nacimiento	Empleador	Enfermedad o discapacidad	Ingreso mensual bruto

Sección 3: Información financiera

Tipos de ingresos	Ingreso bruto	Tipos de recursos	Cantidad	Gastos	Cantidad
Manutención de menores		Bonos		Deuda médica	
Ingreso anual		CD		Hipoteca	
Propiedad en alquiler		Comprobantes		Alquiler	
Trabajo por cuenta propia		Cuentas individuales de jubilación (Individual Retirement Account, IRA)		Año de vehículos/Modelo	
Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA)		Terreno			
Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)		Fondos mutuales			
Fondo fiduciario		Ahorros			
Desempleo		Acciones			
Salarios					

Sección 4: Antecedentes familiares/sociales

¿Por qué solicitó el programa para Niños con Condiciones Crónicas de Salud (Chronic Health Conditions, CHC)? ¿Puede contarnos algo sobre su familia que nos permita servirle mejor? Como por ejemplo, incapacidad para leer o escribir en la lengua materna, horas de trabajo de los padres/tutores, mejor momento para contactar a la familia, necesidades de la familia (como transporte, encontrar servicios o proveedores,

- ARKids; Fecha de la solicitud _____
 Medicaid; Fecha de la solicitud _____
 ; Fecha de la solicitud _____
- Ley de Equidad Tributaria y Responsabilidad Fiscal (Tax Equity and Fiscal Responsibility Act, TEFRA); Fecha de la solicitud _____
 Adopción subsidiada
 Manutención de menores
 Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
 Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants, and Children, WIC)
- División de Servicios para Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental
 Departamento de Vivienda y Urbanismo (Housing and Urban Development, HUD)

Detalles:

Sección 5: Historia clínica

Presente denuncia/discapacidad	
Tratamiento pasado/presente	
Médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP)	
Dirección del PCP	
Fecha de la última consulta pediátrica	
Especialista	
Dirección del especialista	
Fecha de la última consulta con el especialista	
Medicamentos	
Farmacia	
Terapias	<input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> el habla <input type="checkbox"/> Ja/Especifique
Escuela o guardería a la que asiste el niño y grado	

Sección 6: Acuerdo del padre/tutor (lea cuidadosamente)

- Mi hijo tiene actualmente un gestor de casos, cuyo nombre es: _____
- Elijo el programa de Niños con Condiciones Crónicas de Salud para que sea el gestor de casos de mi hijo
- No elijo el programa de Niños con Condiciones de Salud Crónicas para que sea el gestor de casos de mi hijo

Por la presente solicito que se acepte a mi hijo para la coordinación de servicios, diagnóstico o tratamiento según lo dispuesto en el programa de Niños con Condiciones Crónicas de Salud. Entiendo que se espera que solicite Medicaid si soy elegible o el programa Niños con Condiciones Crónicas de Salud no podrá autorizar ningún servicio. Estoy de acuerdo en presentar a mi compañía de seguros cualquier servicio que pague el programa de Niños con Condiciones Crónicas de Salud y reembolsarlo si el seguro paga (o se efectúa pago conforme a un convenio de responsabilidad).

Entiendo que la información contenida en esta solicitud es confidencial y no está sujeta a divulgación, excepto de conformidad con la ley o la exención autorizada. Por la presente renuncio a dicha confidencialidad y autorizo al personal del programa de Niños con Condiciones Crónicas de Salud a divulgar la información aquí contenida con el fin de obtener servicios o beneficios para mi hijo.

Si necesita esta información en otro formato diferente, como por ejemplo en letra grande o en Braille, comuníquese con la oficina del programa de Niños con Condiciones Crónicas de Salud o escriba a la dirección arriba indicada.

Firma del padre, tutor legal o parte responsable

Relación con el niño

Representante de la agencia

Fecha