



Iniciativa de Hogar Médico 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	Fecha de Nacimiento <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		# Seguro Social - - Requerido para ser elegible para fondos de respiro y servicios extendidos	
Dirección:				
Ciudad:		Estado:		Código Postal:
Idioma preferido:				
Raza/Identidad Étnica				
Hispano/a SÍ NO				
Raza: Blanca Negra Asiática/Isleña del Pacífico Indígena Americana Otra (Especifique)				
Información de Padres/Tutor				
Nombre	# Tel. celular	# Tel. de trabajo	# Tel. de casa	Correo electrónico
Madre:				
Padre:				
Otro:				
Método preferido de comunicación: <input type="checkbox"/> correo <input type="checkbox"/> correo electrónico				
¿Recibe su niño cualquiera de las siguientes cosas?				
Ingreso de Seguro Social SÍ NO				
Husky A Husky B Husky B+ Husky C Katie Beckett Waiver Seguro Privado				
Husky ID#	#de identificación de seguro privado:			
Otro apoyo financiero SÍ NO (En caso de sí, especifique la fuente*) _____				
(* p.ej., Fundación Fibrosis Quística, Subsidio Farmacéutico, MDA, UCP, Club de Leones, Shriner's, etc.)				
Es el niño/a mayor de 18 años? ¿Estudiante de tiempo completo? ¿Empleado?				
¿Programa de día? ¿Actualmente espera programa de día? ¿Vive en casa el Niño/a?				

<p>Iniciativa de Hogar Médico de Connecticut para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud* es un programa patrocinado por el Departamento de Salud Pública del Estado de CT. Hay información disponible en su sitio web al: www.ct.gov/dph/medicalhome</p>

Información de la Madre			
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		Ingreso del padre o SSI/SSDI	
Jubilación Mensual		Ingreso de la madre o SSI/SSDI	
Pensión Alimenticia Mensual		Ingreso Anual Total	
Apoyo mensual del niño		Número de niños viviendo en el hogar	
Asistencia Temporal para Familias Mensual		Número de adultos viviendo en el hogar	
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 de Dentista 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, equipo especial, 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