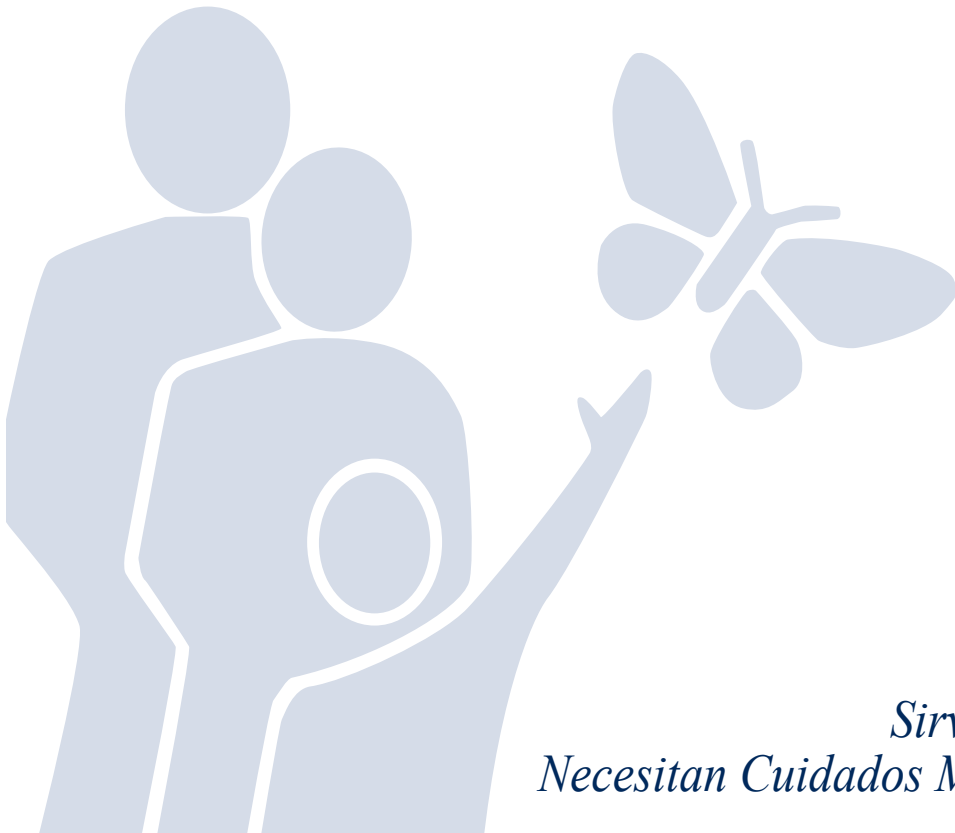


# *Solicitud De Asistencia*



*Sirviendo a Niños que  
Necesitan Cuidados Medicos Especiales*

# Usted y Su Hijo Con Necesidades Médicas Especiales

Las familias de DSCC nos dicen: *“Parte del problema de tener un hijo con necesidades especiales es saber qué es lo que necesita, dónde obtenerlo y cómo pagar”*. A muchas familias se les dificulta encontrar los recursos que necesitan para su hijo. Además, las necesidades del niño cambian a medida que crece.

Si su hijo reúne los requisitos, un equipo coordinador de atención médica de DSCC está preparado para trabajar con usted para conseguirle la ayuda que necesita. Como dijo uno de los padres: *“los (coordinadores de atención médica) siempre nos han ayudado y han sido una voz tranquilizadora en un mundo que a veces es una locura”*.



**Para obtener más información sobre DSCC, consulte nuestro folleto o visite nuestro sitio web:**

**[www.uic.edu/hsc/dsccl](http://www.uic.edu/hsc/dsccl)**

## ES POSIBLE QUE DSCC PUEDA AYUDARLES A USTED Y A SU HIJO A

- Ponerse en contacto con servicios de atención médica especializada y otros servicios médicos
- Trabajar con los médicos de su hijo para asegurarse de que todo el equipo médico se mantenga informado
- Establecer un plan de servicios para ayudarle con las necesidades de su hijo
- Ponerse en contacto con otros servicios y grupos de la comunidad que pueden ayudar a medida que su hijo crece
- Aprender sobre sus derechos, incluidos los derechos de intervención temprana o educación de su hijo
- Asociarse con la escuela para atender las necesidades especiales de salud de su hijo
- Aprender a usar su seguro médico privado o programa de seguro médico público (All Kids/Medicaid)
- Aprender sobre la discapacidad de su hijo
- Conectarse con otros padres
- Interceder si se presentan obstáculos que le impiden recibir la atención que su hijo necesita
- Encontrar las respuestas a sus preguntas
- Ayudarle a pagar por ciertos servicios médicos especiales cubiertos por terceros, si cumple con los requisitos económicos
- Ayudarle a pagar por el transporte a las citas de atención especializada si reúne los requisitos económicos
- Coordinar el cuidado médico de su hijo

**DSCC mantendrá toda la información de esta solicitud privada, a menos que usted proporcione autorización por escrito.**

**Para obtener ayuda para llenar esta solicitud, comuníquese con la oficina regional que atiende en su localidad. Si no sabe cuál oficina atiende en su localidad, puede llamar a DSCC al:**

**1-800-322-3722 (Voz)**

**1-217-785-4728 (TTY)**

**Será un placer recibir la solicitud completa de su hijo.**



La solicitud de asistencia tiene cinco (5) secciones: Información General, Información Médica, Pago de los Servicios Médicos de su Hijo, Certificación del Padre Solicitante y Solicitud de Asistencia Económica. Escriba con letra de imprenta legible.

INFORMACIÓN General

1. Información Sobre Su Hijo

Nombre Legal (Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre) Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)

¿Su hijo ha recibido tratamiento médico bajo otro nombre? Si la respuesta es sí, (Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Teléfono (Casa) (Trabajo) (Celular) (Otro)

Dirección

Ciudad Estado Código Postal Condado

Residencia/Ciudadanía de su hijo:

¿Vive en Illinois? Sí No
¿Es ciudadano de Estados Unidos? Sí No → Si la respuesta es no, ¿ha sido su hijo admitido de forma permanente en Estados Unidos? Sí No

Raza: (opcional) Afro Americano Hispano Indio Americano Blanco Asiático Otro
Sexo: Varón Mujer

2. Información Sobre el Padre/La Madre o El Tutor Legal Solicitante (generalmente es la persona que está llenando el formulario)

Nombre Legal (Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Parentesco con el Niño: Padre Madre Otro

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) Núm. de Seguro Social: [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]

Teléfono (Casa) (Trabajo) (Celular) (Otro)

La Mejor Hora Para Llamar: (El horario de DSCC es de lunes a viernes de 8:00 AM a 4:30 PM)

Dirección: Marque la casilla si es la misma que la del niño o proporcione la información abajo

Dirección

Ciudad Estado Código Postal Condado

Residencia/Ciudadanía Del Padre/La Madre:

¿Vive en Illinois? Sí No
¿Es ciudadano de Estados Unidos? Sí No → Si la respuesta es no, ¿ha sido su hijo admitido de forma permanente en Estados Unidos? Sí No

¿Tiene la tutela legítima? Sí No, explique

¿Qué idioma usa principalmenter? Inglés Español Other

(Continúa en la Página 2)

ID DE DSCC: PARA USO OFICIAL

### 3. Información Sobre el Otro Padre/Madre o Tutor Legal (if applicable)

Nombre Legal \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Parentesco con el Niño: Padre Madre Otro \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social:    -   -      
(Mes/Día/Año)

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Casa) (Trabajo) (Celular) (Otro)

La Mejor Hora Para Llamar: \_\_\_\_\_ (El horario de DSCC es de lunes a viernes de 8:00 AM a 4:30 PM)

Dirección: Marque la casilla si es la misma que la del niño o proporcione la información abajo

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

#### Residencia/Ciudadanía Del Padre/La Madre:

¿Vive en Illinois? Sí No  
¿Es ciudadano de Estados Unidos? Sí No → Si la respuesta es no, ¿ha sido su hijo admitido de forma permanente en Estados Unidos? Sí No

¿Tiene la tutela legítima? Sí No, explique \_\_\_\_\_

¿Qué idioma usa principalmente? Inglés Español Other \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN MÉDICA

### 4. Información Sobre Los Problemas Médicos De Su Hijo

¿Cuál(es) es(son) el (los) problema(s) médico(s) de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo que sabe sobre este/estos problema(s)? \_\_\_\_\_

¿Quién es el médico que atiende los problemas de su hijo? \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Qué tipos de tratamientos ha necesitado su hijo para este o estos problema(s) médico(s) hasta ahora?  
(marque todas las que correspondan)

Consultas con el médico Hospitalización Cirugía Otro \_\_\_\_\_

En los últimos seis (6) meses, qué médicos y hospitales han tratado a su hijo? (adjunte hojas adicionales, si es necesario)

**Médico u Hospital**

**Ciudad/Estado**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



**Si su hijo recibió atención médica en los últimos treinta (30) días, llámenos de inmediato para saber si podemos ayudarle a pagar por ciertos gastos médicos.**

(Continúa en la Página 3)

ID DE DSCC: \_\_\_\_\_  
PARA USO OFICIAL

## PAGO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DE SU HIJO

Necesitamos saber cómo paga por los gastos médicos de su hijo. Esta información nos permite ayudarle a planificar el cuidado médico de su hijo y a asegurarnos de que usted pueda usar su seguro médico privado o programa de seguro médico público (All Kids/Medicaid).

### 5. Información de Empleo *(de la persona que generalmente paga por los gastos médicos de su hijo)*

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño \_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### 6. Eliminate Información Sobre el Seguro Médico De Su Hijo *(privado o público)*

Marque todo lo que corresponda:

Mi hijo **no tiene** cobertura de seguro médico privado ni de un programa de seguro médico público (All Kids/Medicaid).  
**(Pase al Número 7)**

Mi hijo **tiene** cobertura de seguro médico privado. **(Complete lo siguiente y envíenos una copia de ambos lados de su tarjeta del seguro.)**

Nombre del Afiliado (Asegurado) \_\_\_\_\_

Número de identificación del seguro o número de miembro \_\_\_\_\_

Nombre de la aseguradora/plan \_\_\_\_\_

Mi hijo **tiene** cobertura de un programa de seguro médico público (All Kids/Medicaid). **(Complete lo siguiente y envíe una copia de su carta de elegibilidad o de su tarjeta de All Kids/Medicaid.)**

Número de caso

Número de Beneficiario

## CERTIFICACIÓN DEL PADRE/LA MADRE SOLICITANTE

### 7. Díganos Si Tiene Alguna Acción Legal En Proceso Sobre La Atención Médica De Su Hijo

¿Tiene alguna acción legal médica pendiente sobre su hijo?    Sí    No

### 8. Indique Si Actualmente Está Recibiendo Un Subsidio Del Programa Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) Para Su Hijo

¿Su hijo recibe SSI?    Sí    No

### 9. Lea Esto y Firme

Certifico que la información que proporcioné en esta solicitud es correcta, a mi leal saber y entender. También certifico que tengo el derecho legal de tomar decisiones y a proporcionar el cuidado médico que el niño necesita para el cual presento esta solicitud.

Recibí el aviso de las normas de privacidad

Me ofrecieron el documento de las normas de privacidad, pero las rehusé porque \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**(Si le interesa saber si podemos pagar por ciertos gastos medicos de su hijo, continúe en la página 4)**

ID DE DSCC: \_\_\_\_\_  
PARA USO OFICIAL

## INFORMACIÓN FINANCIERA

Para determinar si podemos ayudarle a pagar ciertas cuentas médicas para su hijo, DSCC necesita información sobre los ingresos de su familia. Si tiene una Declaración de Impuestos Federales actual, necesitamos que la envíe como comprobante de ingresos. También es posible que necesitemos comprobantes adicionales de sus ingresos si sus ingresos o el tamaño de su familia han cambiado o si no tiene obligación de presentar declaraciones de impuestos federales. ¿No está seguro qué debe enviar? Llame a la oficina regional o al 1-800-322-3722 (voz) o 1-217-785-4728 (TTY).

### 10. Comprobante de Ingresos Requerido

¿Refleja su Declaración de Impuestos Federales actual (Formulario 1040, 1040A o 1040EZ) sus ingresos actuales y el tamaño de su familia?

Sí (Adjunte una copia de su declaración de impuestos actual y siga la **flecha** para completar la solicitud.)

No (Siga las **flechas de abajo** y llene la solicitud.)



### 11. Comprobante Adicional de Ingresos

Marque una de las casillas siguientes para indicarnos qué tipo de comprobante adicional de ingresos está adjuntando según su situación financiera y el tamaño total de la familia.

**Los ingresos o el tamaño de la familia cambiaron** - Envíe una copia de su Declaración de Impuestos Federales actual y declaraciones de salario (dos [2] declaraciones consecutivas de salario percibido en los dos [2] meses anteriores a la fecha de esta solicitud para cada miembro de la familia que percibe un salario). Describa por favor cómo han cambiado sus ingresos o el tamaño de su familia: \_\_\_\_\_

**No tiene la obligación de presentar Declaraciones de Impuestos Federales** - Envíe las declaraciones de salario (dos [2] declaraciones consecutivas de salario percibido en los dos [2] meses anteriores a la fecha de esta solicitud para cada miembro de la familia que percibe un salario).

**No tiene la obligación de presentar Declaraciones de Impuestos Federales y no recibe declaraciones de salario** - Describa la fuente de ingresos y la cantidad: \_\_\_\_\_

**Está inscrito en el Programa de Hemofilia de Illinois** - Envíe una copia de su Carta de Elegibilidad del Programa de Hemofilia de Illinois. También puede enviar una declaración de impuestos actual para determinar si es elegible para ayuda económica para hasta dos (2) años.



### Tamaño de la Familia

Anote a todos sus dependientes (p. ej. hijos, hijastros, abuelos) que viven en su hogar.

<b>Nombre</b> <i>(nombre, inicial 2º nombre, apellido)</i>	<b>Parentesco</b> <i>(p. ej. hijo, hija, hijastro, abuelo)</i>	<b>Fecha de Nacimiento</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Tamaño Total de la Familia** \_\_\_\_\_



### 12. Certificación de la Información Financiera *(por favor léalo y fírmelo)*

Yo certifico que la información de ingresos que proporcioné es correcta, a mi leal saber y entender.

Entiendo que proporcionar información falsa puede dar como resultado la pérdida inmediata de asistencia económica proporcionada por DSCC y medidas judiciales para recuperar las cantidades que DSCC ya haya pagado.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Padre o Tutor que tiene la Responsabilidad Financiera*

\_\_\_\_\_  
*Date*

# ¿Qué Pasará Después De Que Envíe La Solicitud De Mi Hijo?

## SI SU HIJO TIENE UNA ENFERMEDAD QUE REÚNE LOS REQUISITOS

Su hijo puede recibir nuestros servicios de coordinación de atención médica gratis. Un miembro del equipo de coordinación de cuidado médico hablará con usted sobre las maneras en que podemos ayudarle. Es posible que podamos ayudarle con lo siguiente:

- Ponerse en contacto con servicios de atención médica especializada y otros servicios médicos
- Trabajar con los médicos de su hijo para asegurarse de que todo el equipo médico se mantenga informado
- Establecer un plan de servicios para ayudarle con las necesidades de su hijo
- Ponerse en contacto con otros servicios y grupos de la comunidad que pueden ayudar a medida que su hijo crece
- Aprender sobre sus derechos, incluidos los derechos de intervención temprana o educación de su hijo
- Asociarse con la escuela para atender las necesidades especiales de salud de su hijo
- Aprender a usar su seguro médico privado o programa de seguro médico público (All Kids/Medicaid)
- Aprender sobre la discapacidad de su hijo
- Conectarse con otros padres
- Interceder si se presentan obstáculos que le impiden recibir la atención que su hijo necesita
- Encontrar las respuestas a sus preguntas
- Coordinar el cuidado médico de su hijo

## SI SU HIJO REÚNE LOS REQUISITOS PARA RECIBIR AYUDA DE DSCC CON EL PAGO DE CIERTOS GASTOS MÉDICOS

Le informaremos si su hijo reúne los requisitos para recibir ayuda con el pago de ciertos gastos médicos, basándonos en el comprobante de ingresos que envió con esta solicitud. También es posible que podamos ayudarle con el transporte a las citas de servicios especializados de su hijo. Un miembro del equipo de coordinación se pondrá en contacto con usted y le enviará información sobre cómo usar la asistencia económica de DSCC. Es importante recordar que usted siempre debe:

- Llamarnos antes de programar cualquier cuidado médico para ver si podemos ayudarle con el pago
- Usar su seguro médico privado o programa de seguro médico público (All Kids/Medicaid)
- Recuerde, si su hijo ha recibido un servicio médico en el último mes y desea ver si DSCC puede ayudarle con el pago, **debemos** recibir su solicitud completada antes de transcurridos treinta (30) días de la fecha en que recibió el servicio

## SI SU HIJO NO REÚNE LOS REQUISITOS PARA LA AYUDA DE DSCC

Nuestra meta es tratar de conseguir ayuda para su hijo. Le daremos información sobre otros programas, grupos y recursos. Llámenos a cualquier hora si tiene preguntas sobre los posibles programas y recursos para su hijo.



**Antes de enviarnos la solicitud de su hijo, use la lista de verificación al reverso para asegurarse de enviar todo lo que necesitamos.**

# Lista De Verificación De La Solicitud

Marque lo siguiente para asegurarse de enviar todo lo que necesita.

Firmó y fechó la Certificación del Padre Solicitante (Página 3)

Adjuntó una copia de ambos lados de sus credenciales del seguro o de la Carta de Elegibilidad de All Kids/Medicaid (si corresponde)

Adjuntó copias de los comprobantes de ingresos, si está solicitando asistencia económica de DSCC **(seleccione una):**

Copia de la declaración de impuestos federales más reciente (formulario 1040, 1040A, 1040EZ)

Copia de la Declaración de Impuestos Federales más reciente (formulario 1040, 1040A, 1040EZ) y copia de las declaraciones de salario (dos [2] declaraciones consecutivas de salario percibido en los dos [2] meses anteriores a la fecha de esta solicitud para cada miembro de la familia que percibe un salario) si la declaración de impuestos no refleja el ingreso o tamaño de familia actual

Copia de declaraciones de salario si no tiene la obligación de presentar Declaración de Impuestos Federales

Copia de la carta de confirmación de requisitos para participar en el programa de hemofilia de Illinois, si su hijo está recibiendo beneficios de tal programa

Sacó una copia de estos documentos de solicitud para su propio expediente

Anotó la fecha en que envió esta solicitud \_\_\_\_\_

Anotó la fecha que deberá hacer seguimiento con el miembro de coordinación de atención médica que le atiende \_\_\_\_\_ (treinta [30] días a partir de la fecha en que envió esta solicitud)

Desprendió esta hoja para su propio expediente



**Recuerde, cuando recibamos esta solicitud, le enviaremos una(s) forma(s) de Autorización Para Compartir Información de Salud para solicitar los expedientes médicos de su hijo. Después de recibir los expedientes médicos, nos pondremos en contacto con usted para hacerle saber si su hijo reúne los requisitos para recibir asistencia de DSCC.**

**Si tiene algunas preguntas sobre esta solicitud o sobre cómo obtener una(s) forma(s) de Autorización Para Compartir Información de Salud comuníquese con la oficina regional que atiende en su localidad.**

**Si no sabe cuál oficina atiende en su localidad, puede llamar a DSCC al:**

**1-800-322-3722 (Voz)      1-217-785-4728 (TTY)**