

UIC

UNIVERSITY
OF ILLINOIS
AT CHICAGO

**DIVISION OF SPECIALIZED
CARE FOR CHILDREN**



***Solicitud De
Asistencia***

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/dscc/

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, Información financiera y Certificación del padre/madre solicitante. Escriba con letra de imprenta legible.

INFORMACIÓN GENERAL

1. Información Sobre Su Hijo

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

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

Dirección

Ciudad Estado Código Postal Condado

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

Residencia/Ciudadanía de su hijo: ¿Vive en Illinois? ¿Es ciudadano de Estados Unidos? Sexo: Varón Mujer Raza: Afro Americano Indio Americano Asiático Hispano Blanco Otro

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: AM PM (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? ¿Es ciudadano de Estados Unidos? Si no es ciudadano, ¿tiene autorización para vivir en Estados Unidos de manera permanente?

¿Tiene la tutela legítima? Sí No; explique

¿Qué idioma usa principalmente? Inglés Español Otro

3. Información Sobre el Otro Padre/Madre o Tutor Legal (si corresponde)

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

Parentesco con el Niño: Padre Madre Otro

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

(continúa en la página 2)

ID DE DSCC: PARA USO OFICIAL

3. Información Sobre el Otro Padre/Madre o Tutor Legal (continuación)

Teléfono (____) _____ (____) _____ (____) _____ (____) _____
(Casa) (Trabajo) (Celular) (Otro)

La Mejor Hora Para Llamar: AM PM (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 de manera permanente? Sí No → Si no es ciudadano, ¿tiene autorización para vivir en Estados Unidos?
 Sí No

¿Tiene la tutela legítima? Sí No; explique _____

¿Qué idioma usa principalmente? Inglés Español Otro _____

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 requerido su hijo para este problema médico 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.

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 _____

(continúa en la página 3)

ID DE DSCC: _____
PARA USO OFICIAL

6. 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)
- Mi hijo **tiene** cobertura de seguro médico privado
- Mi hijo **tiene** cobertura de un programa de seguro médico público (All Kids/Medicaid)

Conteste esta sección si su hijo tiene seguro médico privado. Envíenos una copia del frente y la parte trasera de la tarjeta del seguro.

Nombre del Afiliado (Asegurado) _____

Número de identificación del seguro o número de miembro _____

Nombre de la aseguradora/plan _____

Complete esta sección si su hijo tiene cobertura de un programa de seguro público (All Kids/Medicaid). Envíe una copia de su carta confirmación de que reúne los requisitos o de su credencial de All Kids/Medicaid.

Núm. de caso

Número de BeneficiarioPá

INFORMACIÓN FINANCIERA

Si no desea solicitar asistencia económica de DSCC no tiene que completar esta sección. **(Pase al número 12)**

Si le interesa averiguar si podemos pagar por ciertos gastos médicos de su hijo, DSCC tiene que conocer los ingresos y todas las fuentes de pago de su familia. Toda la información financiera se considera confidencial y no se revelará sin su consentimiento. **(Pase al número 7)**



Si no está seguro de qué tipo de comprobante de ingresos enviar, 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)

7. Información Sobre Los Documentos Que Está Enviando Para Comprobar Sus Ingresos

(envíe copias, no los documentos originales)

Marque la casilla correspondiente para indicar qué documentos adjunta con la solicitud para comprobar sus ingresos:

- Adjunto una copia de mi declaración de impuestos federales más reciente (formulario 1040, 1040A, 1040EZ).** **(Pase al número 10)**

- Adjunto una copia de mi declaración de impuestos federales más reciente (formulario 1040, 1040A, 1040EZ) y una copia de declaraciones de salario. La declaración de impuestos federales adjunta no refleja correctamente mi:**

Ingreso Actual Tamaño de la Familia

Díganos por qué: _____ **(Pase al número 8)**

- No tengo la obligación de presentar una declaración de impuestos federales.** Adjunto una copia de mis declaraciones de salario.

Díganos por qué: _____ **(Pase al número 8)**

- Recibo beneficios para mi hijo del programa de hemofilia de Illinois.** Adjunto una copia de mi carta de aprobación para el programa de hemofilia de Illinois **(Pase al número 10)**

- No tengo la obligación de presentar declaración de ingresos federales y no recibo declaraciones de salario.** Adjunto otro comprobante de ingresos.

Díganos por qué: _____ **(Pase al número 9)**

8. Información Sobre Los Ingresos de Su Familia

Adjunte una copia de sus declaraciones de salario si no tiene que presentar declaraciones de impuestos federales o si la declaración de impuestos federales no refleja su ingreso actual o tamaño de familia.

Adjunte las declaraciones de salario de dos (2) periodos de pago consecutivos de cada miembro de la familia que percibe un salario. Las fechas de los periodos de paga no pueden ser anteriores a dos (2) meses de la fecha de esta solicitud.

(continúa en la página 4)

ID DE DSCC: _____
PARA USO OFICIAL

9. Información Sobre El Ingreso Adicional De Su Familia

Complete esta sección si la declaración de impuestos federales adjunta no refleja con precisión su ingreso o tamaño de familia actual, si no tiene que presentar una declaración de impuestos federales o si no recibe declaraciones de salario.

Anote las cantidades de ingreso adicional que espera recibir en los próximos doce (12) meses. *(redondee los centavos al dólar más próximo)*

Ejemplos: Utilidades Corporaciones y Sociedades; ganancias de capital, bonificaciones salariales, pensión alimenticia recibida; ingreso por concepto de intereses y dividendos, compensación por desempleo, ingreso por alquiler, beneficios del Seguro Social que no son de Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), etc.

Fuente	Cantidad Anual
_____	\$ _____
_____	\$ _____

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

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

Tamaño Total de la Familia _____

10. Certificación De La Información Financiera *(certifique que la información financiera que proporcionó es correcta)*

Certifico que la información de ingresos que proporcioné es correcta, a mi leal saber y entender. 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 haya pagado.

Firma del padre o tutor que tiene la responsabilidad financiera

Fecha

11. 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

CERTIFICACIÓN DEL PADRE/LA MADRE SOLICITANTE

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

¿Su hijo recibe SSI? Sí No

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

ID DE DSCC: _____
PARA USO OFICIAL

¿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 esta *Solicitud de asistencia*
- Adjuntó una copia del frente y la parte trasera de la credencial del seguro o la carta de elegibilidad de All Kids/Medicaid (*si corresponde*)
- Completó y firmó la sección de **Información Financiera** y adjuntó copias de los documentos de comprobación de ingresos, si está solicitando asistencia 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 copias de las declaraciones de salario (dos [2] declaraciones de salario consecutivas de periodos de pago que no sean anteriores a dos [2] meses de la fecha de esta solicitud para cada miembro de la familia que trabaja)
○
 - Copia de las declaraciones de salario (dos [2] declaraciones de salario consecutivas de periodos de pago que no sean anteriores a dos [2] meses de la fecha de esta solicitud para cada miembro de la familia que trabaja)
○
 - 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
○
 - Copia de otro comprobante de ingresos
- Sacó una copia de estos documentos de solicitud para su propio expediente (*si lo desea*)
- 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 (*si lo desea*)



Recuerde que cuando recibamos esta solicitud y los formularios de **Autorización De Entrega De Documentos Médicos** firmados, solicitaremos 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 dudas sobre 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)