

Rev. 07/12

Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland  
Oficina por Genética y Personas con Necesidades Especiales de Atención Médica  
**Solicitud de Servicios Médicos para Niños (CMS) Programa**

Devolver a:

Children's Medical Services (Servicios Médicos para Niños)  
Maryland Department of Health and Mental Hygiene  
201 West Preston Street, Room 423, Baltimore, MD 21201-2399  
Teléfono: (410) 767-5585 Llamadas sin cargo: 1-(800)-638-8864

**Aplicaciones recibidas por fax no serán aceptadas**

Office Use Only  
Date Received:

**NUEVA SOLICITUD**

**SOLICITUD DE RENOVACIÓN**

**1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Apellido del solicitante \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (si corresponde): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado

Raza (marque una)		Etnia (marque una)
<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Asiático o de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Hispano
<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No-Hispano
<input type="checkbox"/> Americano nativo	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Desconocido

¿El solicitante es ciudadano de los EE.UU.? Por favor, tenga en cuenta que la ciudadanía de los EE.UU. no es un requisito de elegibilidad.

Sí  No

¿Cual idioma se habla en casa? \_\_\_\_\_

**2. INFORMACIÓN MÉDICA**

Nombre de la persona que lo remitió a CMS: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fax # ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Médico o pediatra del solicitante: Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fax# ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Cite los problemas médicos del solicitante:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

Describe la atención o el servicio solicitado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Se solicitan servicios hospitalarios?  No  Sí Si respondió "sí", por favor especifique:  Internación  Ambulatorio

¿Dónde y en qué lugar se necesita la atención médica? (Ubicación y fecha del servicio).

Si se solicita asistencia farmacéutica, indique la farmacia que utilizará:

**\* Por favor, tenga en cuenta que Servicios Médicos para Niños típicamente proporciona asistencia farmacéutica por la Farmacia de Giant.**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

### **3. INFORMACIÓN FAMILIAR**

<b>Apellido</b>	<b>Primer Nombre</b>	<b>Inicial</b>	<b>Dirección</b>
Madre: _____	_____	_____	_____
Padre: _____	_____	_____	_____
Tutor legal: _____	_____	_____	_____

Por favor, cite todos los miembros de la familia que viven en el hogar del solicitante y que sean **dependientes**. Una persona dependiente es aquella que depende de otras respecto de su sustento económico.

\*\*\*Marque la casilla antes del (de los) nombre(s) de los familiares que ya reciben los servicios CMS.

<b>Nombre</b>	<b>Vínculo con el solicitante</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____

#### **4. INGRESOS Y GASTOS FAMILIARES**

Madre: \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_

Ingresos brutos totales de la madre según su salario y propinas, **por semana**: \$ \_\_\_\_\_  
(El ingreso bruto se refiere al monto antes de deducir impuestos)

¿La madre ha estado desempleada en los últimos 12 meses?  Sí  No

Si responde "sí", ¿está desempleada ahora?  Sí  No Si responde "sí", ¿cuál fue su último día de trabajo? Fecha: \_\_\_\_\_

Si está trabajando ahora, ¿cuándo se reincorporó a su trabajo? Fecha: \_\_\_\_\_

Monto de sus ingresos de los 6 meses antes de su reincorporación laboral: \$ \_\_\_\_\_

Monto del salario anticipado para los 6 meses siguientes a su reincorporación: \$ \_\_\_\_\_

---

Padre: \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_

Ingresos brutos totales del padre según su salario y propinas, **por semana**: \$ \_\_\_\_\_  
(El ingreso bruto se refiere al monto antes de deducir impuestos)

¿El padre ha estado desempleado en los últimos 12 meses?  Sí  No

Si responde "sí", ¿está desempleado ahora?  Sí  No Si responde "sí", ¿cuál fue su último día de trabajo? Fecha: \_\_\_\_\_

Si está trabajando ahora, ¿cuándo se reincorporó a su trabajo? Fecha: \_\_\_\_\_

Monto de sus ingresos de los 6 meses antes de su reincorporación laboral: \$ \_\_\_\_\_

Monto del salario anticipado para los 6 meses siguientes a su reincorporación: \$ \_\_\_\_\_

---

¿Quién declara que el solicitante es dependiente en los formularios federales de Impuestos sobre Ingresos, si corresponde?

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

---

#### **Otros ingresos (por mes):**

Manutención del menor \$ \_\_\_\_\_

Seguro de desempleo \$ \_\_\_\_\_  
Comienzo \_\_\_\_\_ Fin \_\_\_\_\_

Compensación del trabajador \$ \_\_\_\_\_  
Comienzo \_\_\_\_\_ Fin \_\_\_\_\_

Beneficios por discapacidad \$ \_\_\_\_\_  
incluyendo SSI

Ayuda Temporal en Efectivo \$ \_\_\_\_\_  
(TCA = Temporary Cash Assistance)

Pagos de seguro recibidos \$ \_\_\_\_\_

Beneficios de jubilación o pensión \$ \_\_\_\_\_

Beneficios del Seguro Social \$ \_\_\_\_\_

Beneficios de veteranos de guerra \$ \_\_\_\_\_

Ingresos de Fondos Fiduciarios \$ \_\_\_\_\_

**Ingresos adicionales:**

Incluyen cuotas por alimentos, ingresos de pensionistas, ingresos o aportes en efectivo de familiares u otras personas, ingresos de rentas de propiedades, ingresos por hipotecas, intereses, dividendos, regalías, u otros ingresos acumulados en cuentas de ahorros, acciones, bonos y seguros, y dinero recibido de otras fuentes.

Total de adicionales por mes: \$ \_\_\_\_\_

Si ha informado que no tiene ingresos, ¿ha solicitado asistencia pública?  Sí  No

Por favor, explique cómo se paga la vivienda y los alimentos del solicitante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**Gastos que usted paga totalmente para todos los miembros de la familia**

Cuidado de niños, sólo para padres que trabajan POR MES \$ \_\_\_\_\_

Manutención del menor pagada POR MES \$ \_\_\_\_\_

Pago de préstamos debidos a deudas de atención médica POR MES \$ \_\_\_\_\_

Salud/Hospitalización Primas del seguro pagadas POR MES \$ \_\_\_\_\_

Otros (cuota de alimentos, etc.) POR MES \$ \_\_\_\_\_

Pagos efectuados a un hospital u otro proveedor de salud (para todos los miembros de la familia) **que usted haya pagado por sí mismo, en los últimos 12 meses.**

	<b>Total de la cuenta</b>	<b>Pagado</b>	<b>Saldo adeudado</b>
Médicos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Dentista/Odontólogos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Hospital(es)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Medicamentos recetados	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Oftalmología/lentes	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Servicios especiales/equipos (listar)			
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**5. OTRA INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS**

¿Ha presentado una solicitud para Asistencia Médica (MA) o MCHP en los últimos seis meses?  Sí  No

Si respondió "sí", ¿el solicitante es elegible?  Sí Número de MA/MCHP \_\_\_\_\_  
 No Si respondió "no", adjunte una copia de la carta de denegación.  Pendiente

¿Se ha presentado una solicitud para los beneficios de SSI en los últimos seis meses?  Sí  No  
Si respondió "sí", ¿el solicitante es elegible para los beneficios SSI?  Sí  No  Pendiente

¿El solicitante está recibiendo servicios de algún otro programa?

- Servicios del Programa de Bebés e Infantes (desde el nacimiento hasta los 3 años de edad)
- Servicios de Educación Especial o de Niños Perdidos (Child Find)
- Servicios de Salud Mental
- Servicios de la Administración de Discapacidades de Desarrollo
- Otros (por favor, especifique) \_\_\_\_\_

¿Posee el solicitante cobertura de algún seguro médico o es miembro de una HMO (organización de salud)?  Sí  No

Si el solicitante tiene cobertura médica o es miembro de una HMO, cite el nombre del (de los) Plan (es).

1. Compañía de seguro, sindicato, o HMO \_\_\_\_\_  
Por favor, marque:  médico/quirúrgico  farmacéutico  Odontológico  oftalmológico

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de identificación de la póliza \_\_\_\_\_

2. Compañía de seguro, sindicato o HMO \_\_\_\_\_  
Por favor, marque:  médico/quirúrgico  farmacéutico  Odontológico  oftalmológico

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de identificación de la póliza \_\_\_\_\_

---

Persona o Agencia que lo ayudó a completar la solicitud:

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia/Compañía: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y ACUERDO DE COBERTURA  
Y REEMBOLSO  
OFICINA DE GENÉTICA Y PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN  
MÉDICA PARA LOS SERVICIOS MÉDICOS PARA NIÑOS (CMS) PROGRAMA**

Comprendo que deberán acatarse las regulaciones de CMS con respecto al uso de otras coberturas de terceras partes, antes que CMS pueda pagar cualquier servicio. Acepto presentar una solicitud ante mi seguro sobre cualquier servicio que mi seguro pudiera cubrir. También acepto reembolsar a CMS cualquier acuerdo de pago del seguro o perjuicios imputados por la corte, que incluyan compensación por gastos de atención médica pagados por CMS. Dicho reembolso no podrá exceder el monto pagado por CMS.

Comprendo que CMS sólo puede pagar por servicios proporcionados por aquellos proveedores de salud aprobados por CMS.

Comprendo que CMS sólo puede pagar por servicios que hayan sido aprobados por CMS, antes de que el servicio haya sido proporcionado.

Comprendo que tengo derecho a una reunión o conversación informal con el personal de CMS, responsable de las decisiones reflejadas en cualquier nota de determinación emitida. Y también comprendo que, en cualquier momento, puedo estar en desacuerdo con la(s) decisión(es) respecto de la elegibilidad para los servicios, y que podré presentar una apelación solicitando una audiencia bajo la cláusula del Artículo de Salud General § 2-207, y del Artículo del Gobierno Estatal, Título 10, Subtítulo 2, del Código Comentado de Maryland.

Comprendo que mis registros médicos personales son confidenciales y sólo pueden ser divulgados de conformidad con las leyes Federales o Estatales. Autorizo a CMS a divulgar todos los datos, registros e información por parte de las compañías de seguros, proveedores de atención médica, instituciones financieras, agencias gubernamentales federales, estatales o locales, y de cualquier otra persona, agencia u organizaciones que fueran necesarias para que CMS reclame los reembolsos de terceras partes o verifique las declaraciones hechas por mí, o por cualquier otra persona cuyos ingresos y recursos serán considerados en esta solicitud. Comprendo que esta solicitud firmada sirve como autorización escrita para que cualquiera de las personas, agencias u organizaciones citadas anteriormente puedan divulgar la información requerida.

Por el presente documento certifico que toda la información citada en este formulario de solicitud para los Servicios Médicos para Niños (CMS) es verdadera, correcta y completa. Comprendo que cualquier declaración falsa me someterá a penalidades bajo la Ley Federal o Estatal y podría generar como resultado el rechazo de la elegibilidad para el programa. Deberé informar a CMS o al departamento de salud local, dentro de un plazo de 10 (diez) días hábiles, cualquier cambio que se produjera en la situación financiera.

\_\_\_\_\_  
*Nombre del solicitante (Por favor, impreso)*

\_\_\_\_\_  
*Fecha de nacimiento*

\_\_\_\_\_  
*Firma del (de los) padre(s)/Tutor legal/Solicitante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del testigo*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*