

Fondo de ayuda para niños con enfermedades catastróficas

Nuestra ayuda comienza donde otros recursos terminan.

SOLICITUDES DE AYUDA (Versión revisada en julio de 2011)

La información de esta solicitud es necesaria para determinar si usted reúne los requisitos para recibir un reembolso del Fondo de ayuda para niños con enfermedades catastróficas (Catastrophic Illness in Children Relief Fund, CICRF). También puede ayudarnos a saber si usted es elegible para cualquier otro programa de ayuda.

Por favor conteste todas las preguntas de la manera más completa posible. Dé toda la información que pueda.

Puede enviarnos su solicitud ahora y enviar los documentos necesarios a medida que los tenga, o puede enviarnos todo al mismo tiempo.

Cuanta más información nos dé en su solicitud, más rápido podremos saber si usted es elegible para recibir ayuda con sus gastos.

Si al revisar su solicitud se necesitara alguna otra información, el personal del CICRF se pondrá en contacto con usted.

Si tiene cualquier pregunta o si le gustaría que le ayuden a completar esta solicitud, por favor comuníquese con el personal del CICRF. Si llama desde Massachusetts, puede comunicarse con el personal del CICRF en el 1-800-882-1435. Para comunicarse con nosotros desde fuera del estado, llame al 1-617-624-6060.

ENVÍE LA SOLICITUD COMPLETADA A:

Catastrophic Illness in Children Relief Fund
MA Department of Public Health
250 Washington Street, 5th Floor
Boston, MA 02108-4619

Usted recibirá una carta confirmando que hemos recibido su solicitud. Si no recibe la carta, por favor, llámenos al 1-800-882-1435 o al 617-624-6060.

Fondo de ayuda para niños con enfermedades catastróficas (CICRF)

Solicitud de ayuda

(Versión revisada en julio de 2011)

¿CÓMO SE ENTERÓ DEL CICRF?

<input type="checkbox"/> Sitio web del Departamento de Salud Pública (DPH)	<input type="checkbox"/> Coordinador del cuidado de DPH	<input type="checkbox"/> Coordinación de casos en la comunidad
<input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica (<i>médico, enfermera, etc.</i>)	<input type="checkbox"/> Línea de apoyo a la comunidad de DPH	<input type="checkbox"/> Centro de apoyo para el autismo
<input type="checkbox"/> Trabajador social del hospital	<input type="checkbox"/> Family TIES de MA	<input type="checkbox"/> Red de Cuidados Paliativos Pediátricos
<input type="checkbox"/> Servicios de salud en el hogar /VNA	<input type="checkbox"/> Comisión de MA para personas ciegas	<input type="checkbox"/> De palabra (<i>amigo, vecino, compañero de trabajo, etc.</i>)
<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios para el Desarrollo (conocida anteriormente como DMR) o Agencia/ Representante contratado	<input type="checkbox"/> Comisión de Rehabilitación de MA	<input type="checkbox"/> Otros (<i>especifique</i>) _____
<input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Intervención Temprana (Early Intervention, EI)	

NIÑO QUE SOLICITA LOS SERVICIOS

Nombre (primero, segundo y apellido)		Dirección
Ciudad/Estado/Código postal		Teléfono particular
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Idioma principal
Raza		
<input type="checkbox"/> Amerindio o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino de raza negra	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino de raza blanca	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino de otra raza	<input type="checkbox"/> Otra (especifique: _____)

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Padre/ Tutor N°. 1	Padre/ Tutor N°. 2
Nombre (primer nombre y apellido)	Nombre (primer nombre y apellido)
Relación con el niño	Relación con el niño
Dirección particular	Dirección particular
Dirección de correo (si es diferente a la dirección particular)	Dirección de correo (si es diferente a la dirección particular)
Forma de contacto preferida	
Teléfono particular <input type="checkbox"/>	Teléfono particular <input type="checkbox"/>
Teléfono móvil/Teléfono del trabajo <input type="checkbox"/>	Teléfono móvil/Teléfono del trabajo <input type="checkbox"/>
Correo electrónico <input type="checkbox"/>	Correo electrónico <input type="checkbox"/>
Idioma preferido	Idioma preferido

Tipo de vivienda (seleccione una):	<input type="checkbox"/> Un solo padre/tutor <input type="checkbox"/> Dos padres/tutores
---	--

Haga una lista de todas las personas que viven en el hogar del niño. Incluya los padres/tutores del niño mencionados en la página 1. Adjunte otra hoja si necesita más espacio.

Nombre (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento (mes/ día/ año)	Relación con el niño

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO DEL NIÑO

HMO/compañía de seguro	Nombre del asegurado	Si pertenece a MassHealth, especifique el tipo de seguro:
Compañía de seguro principal:		<input type="checkbox"/> MassHealth Standard <input type="checkbox"/> MassHealth Limited <input type="checkbox"/> CommonHealth <input type="checkbox"/> Kaileigh Mulligan
Compañía de seguro secundaria:		<input type="checkbox"/> MassHealth Standard <input type="checkbox"/> MassHealth Limited <input type="checkbox"/> CommonHealth <input type="checkbox"/> Kaileigh Mulligan

INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO

Diagnósticos:

Describe brevemente la condición del niño, indicando si actualmente está hospitalizado o en su casa:

¿Usa su niño una silla de ruedas? _____

 **Si tiene una carta del médico de su niño describiendo su condición, por favor envíenos una copia.**

Proveedor	Nombre	Centro/Dirección	Teléfono
Médico de cabecera			
Otros médicos			
Trabajador social, administrador de caso o coordinador de caso			
Otro contacto			

Su firma en la página 6 autoriza al personal de CICRF a ponerse en contacto con cualquier persona de esta lista.

INFORMACIÓN DE GASTOS

- ♦ **Ingreso familiar inferior a \$100.000 por año:** Para recibir ayuda del CICRF usted debe haber gastado más del 10% de su ingreso anual en pagos relacionados con la enfermedad, accidente o discapacidad de su niño en un período de 12 meses.
- ♦ **Ingreso familiar superior a \$100.000 por año:** Para recibir ayuda del CICRF usted debe haber gastado más del 10% de los primeros \$100.000 de su ingreso anual, y el 15% de la cantidad superior a \$100.000, en pagos relacionados con la enfermedad, accidente o discapacidad de su niño en un período de 12 meses.
- ♦ Vea la lista de Gastos Cubiertos en nuestra página de Internet www.mass.gov/cicrf o llame al 1-800-882-1435 para que le envíen una copia. Si no está seguro de que un gasto se cubrirá, por favor inclúyalo.
- ♦ El CICRF solamente considerará los gastos realizados durante los dos años previos a la fecha en que se reciba la solicitud.
- ♦ Se requieren pruebas del pago de los gastos. En algunos casos, también se requiere la prueba de la negativa del seguro.

Tipo de gasto	Cantidad del gasto	Fechas del servicio
Apoyo familiar: Gastos por visitar al niño en el hospital, o por llevar al niño a las citas médicas en las que usted está fuera de su casa 4 horas o más. Esta es una tarifa diaria, por eso <u>no</u> envíe recibos de gas, peaje o estacionamiento. La documentación consiste en resúmenes de alta, informes de carencias, notas de la clínica o una carta del hospital.		
Gastos por alojamiento , si usted vive a 50 millas o más del centro de tratamiento		
Modificaciones en el hogar necesarias para mejorar la accesibilidad <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Complete la Declaración de Modificación en el Hogar*</i> 		
Compra de vehículo , si su hijo usa una silla de ruedas que no es plegable o si tiene que viajar sentado en la silla de ruedas o si tiene que viajar con un respirador artificial que no cabría en un vehículo de tamaño normal <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Complete la Declaración de Compra de Vehículo*</i> 		
Modificaciones en el hogar necesarias para mejorar la accesibilidad		
Gastos médicos , por ejemplo, en hospital, médico, laboratorio, ambulancia, atención de enfermería en el hogar, etc.		
Equipo y suministros médicos , equipo para movilidad, generadores, etc.		
Medicamentos o suplementos nutricionales		
Servicios de salud mental		
Gastos por funeral , incluye servicios, parcela para la tumba, placa conmemorativa		
Servicios de terapia		
Primas de CommonHealth, MassHealth y CMSP		
Otros:		

*** La Declaración de Compra de Vehículo y la Declaración de Modificación en el Hogar están disponibles en nuestra página de Internet www.mass.gov/cicrf o llamando al 1-800-882-1435. (Desde fuera del estado, llame al 1-617-624-6060.)**

INFORMACIÓN DEL INGRESO FAMILIAR

- ◆ Haga una lista de todos los ingresos, antes de impuestos, que su familia recibe.
- ◆ Incluya pruebas del ingreso recibido durante el mismo período de tiempo que los gastos.
- ◆ Por favor, envíe una copia de su declaración de impuestos federal con el formulario W-2 correspondiente al año de sus gastos, o sólo su formulario W-2 si todavía no ha presentado su declaración de impuestos. Para el año en curso incluya varios recibos de pago recientes de cada persona que trabaja.
- ◆ Si recibe algún beneficio público, por favor, envíe una copia de su registro de pagos o de la carta de concesión de beneficios. Los registros de pagos están disponibles en su Departamento de Asistencia Transicional (Department of Transitional Assistance, DTA) u oficina del Seguro Social local.
- ◆ Si se necesitaran más pruebas de sus ingresos, el personal del CICRF se pondrá en contacto con usted.

Tipo de ingreso	Nombre del familiar que recibe el ingreso	Cantidad recibida	¿Con qué frecuencia? (marque uno)	CICRF Use Only Annual Income
Empleador:			Semanal, mensual, anual	
Empleador:			Semanal, mensual, anual	
Subsidio por adopción			Semanal, mensual, anual	
Seguro			Semanal, mensual, anual	
Apoyo para niños/Pensión alimenticia			Semanal, mensual, anual	
Vales de comida			Semanal, mensual, anual	
Intereses / Beneficios			Semanal, mensual, anual	
Dinero de un familiar que no vive en el hogar			Semanal, mensual, anual	
Ingreso por pensión / jubilación			Semanal, mensual, anual	
Renta / Ingreso por regalías			Semanal, mensual, anual	
Seguro Social / SSDI			Semanal, mensual, anual	
SSI			Semanal, mensual, anual	
TAFDC / EAEDC			Semanal, mensual, anual	
Fondo de inversión / Inmuebles/ Renta vitalicia			Semanal, mensual, anual	
Desempleo			Semanal, mensual, anual	
Beneficios para veteranos			Semanal, mensual, anual	
Compensación laboral			Semanal, mensual, anual	
Otro ingreso (por favor especifique)			Semanal, mensual, anual	

Explique por qué solicita ayuda del Fondo de ayuda para niños con enfermedades catastróficas. Si su compañía de seguro le ha negado la cobertura, o si usted ha recibido dinero de cualquier otra fuente, por favor explique más abajo o en una hoja separada.

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Entiendo que la información que les he dado será usada por el personal del Fondo de ayuda para niños con enfermedades catastróficas (CICRF) para determinar si puedo recibir ayuda del Fondo. Entiendo que la Comisión del CICRF es la que da la aprobación final de todas las decisiones del Fondo. Entiendo que no debo tomar decisiones económicas suponiendo que recibiré un pago del Fondo.

Autorizo al personal y a los comisionados del CICRF a ponerse en contacto con cualquier otra agencia estatal o proveedor o asegurador mencionado en esta solicitud con el fin de:

- obtener o comprobar cualquier información necesaria para determinar si soy elegible para el Fondo;
- colaborar en la revisión de mi solicitud;
- encontrar otros servicios que yo podría tener derecho a recibir.

A menos que yo lo cancele, este permiso se extenderá por 18 meses a partir de la fecha de mi firma en este formulario. Entiendo que puedo cancelar este permiso en cualquier momento dirigiéndome por escrito al personal del CICRF.

JURO, BAJO PENA DE SANCIÓN POR PERJURIO, QUE LA INFORMACIÓN QUE HE DADO EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA Y COMPLETA.

Padre/ Tutor N° 1:

Firma

Nombre completo en letras de molde

Fecha

Padre/ Tutor N° 2:

Firma

Nombre completo en letras de molde

Fecha

PARA SOLICITANTES DE 18 AÑOS O MAYORES:*

He leído y he entendido la información presentada más arriba. Autorizo al personal del CICRF a recibir y compartir información de las maneras descritas más arriba. También lo autorizo a compartir información sobre mí con mis padres, y a recibir información de mis padres para determinar la elegibilidad y la cantidad de ayuda.

Firma del solicitante de 18 años o mayor

Nombre completo en letras de molde

Fecha

* Se requiere la firma de todos los solicitantes de 18 años o mayores a menos que tengan un tutor designado por un tribunal. Si usted es un tutor designado por un tribunal para el solicitante, por favor provea documentación de la tutela