|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-20582S (03/2023) | | | **STATE OF WISCONSIN**  Federal Regulation 42 CFR § 435.225 & 435.916 | | | | | | | |
| **SOLICITUD DEL PROGRAMA KATIE BECKETT MEDICAID**  **(KATIE BECKETT MEDICAID APPLICATION)** | | | | | | | | | | |
| Apellido del menor | Nombre del menor | | | | Inicial del segundo nombre del menor | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | | | Sexo |
|  |  | | | |  |  | | | | M  F |
| Raza/Origen étnico | | | | | | | | | | |
| Asiática  Negra o afroamericana  Hispana  Indígena de las Américas  Nativa hawaiana/Otras islas del Pacífico  Blanca  Otra: | | | | | | | | | | |
| Número de Seguro Social (obligatorio) | | | | Fecha de inicio de residencia en Wisconsin | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
| Dirección | | | | Ciudad | | | | Estado | Código postal | |
|  | | | |  | | | |  |  | |
| Condado | | | | Número de teléfono (incluir el código de área) | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
| ¿El menor es ciudadano estadounidense?  Sí  No | | | | Número de Registro migratorio | | | | | | |
| (Si responde No, incluya el Número de Registro migratorio) | | | |  | | | | | | |
| ¿Este grupo familiar habla inglés?  Sí  No  Si responde No, ¿qué idioma habla este grupo familiar? | | | | | | | | | | |
| La ley federal requiere que todos los ciudadanos estadounidenses que soliciten o reciban beneficios de Medicaid provean documentos que prueben su identidad y ciudadanía estadounidense. Si solicita Medicaid mediante Katie Beckett, tendrá 95 días a partir de la fecha de la solicitud para suministrar un comprobante de la identidad y ciudadanía estadounidense de su hijo. El estatus migratorio (o prueba de residente permanente legalmente admitido o menor de 19 años que reside legalmente) también se verifica con el U.S. Department of Homeland Security (Departamento de Seguridad Nacional de los EE. UU.) para todos los inmigrantes que solicitan beneficios de Medicaid. No se verificará el estatus migratorio de las personas de su grupo familiar que no soliciten Medicaid. Un especialista en elegibilidad trabajará con usted para completar este paso.  Entiendo las preguntas y afirmaciones de este formulario de solicitud. Entiendo las sanciones que se aplican por entregar información falsa o infringir las reglas. Certifico, bajo pena de falso testimonio, que todas mis respuestas son completas a mi leal saber y entender. Entiendo que se puede contactar a las personas u organizaciones indicadas en este formulario para obtener la evidencia necesaria  de la elegibilidad y el nivel de beneficios de este menor. La solicitud de Katie Beckett Medicaid es voluntaria. No firmar este formulario (por teléfono, de forma electrónica o con una firma manuscrita) impedirá el procesamiento de la determinación de elegibilidad.  **Firme y feche.**  Si el solicitante/menor tiene menos de 18 años:   * Los formularios tienen que estar firmados por el padre o tutor con autoridad legal sobre el menor. Esto aplica incluso si se trata de otra persona que está más familiarizada con las necesidades del menor.   Si el solicitante tiene más de 18 años:   * El solicitante debe firmar el formulario.   Si necesita ayuda o quiere enviar estos formularios de forma electrónica, puede llamar a un **especialista en elegibilidad  al 888-786-3246** o enviar un correo electrónico a [DHSKatieBeckett@dhs.wisconsin.gov](mailto:DHSKatieBeckett@dhs.wisconsin.gov). | | | | | | | | | | |
| Persona que completa el formulario – Nombre | | **FIRMA** (si el menor/solicitante tiene menos de 18 años) | | | | | Fecha en que se completó | | | |
|  | |  | | | | |  | | | |
| Parentesco – Se necesita una copia de los papeles de tutela/adopción si no es el padre biológico del menor. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Nombre del solicitante (si tiene 18 años o más) | | **FIRMA** (si tiene 18 años o más) | | | | | Fecha en que se completó | | | |
|  | |  | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Complete lo siguiente.** | | | | | | |
| **Padre/Tutor 1** | | | | | | |
| Nombre/Parentesco | | | Correo electrónico | | | |
|  | | |  | | | |
| Dirección (si difiere de la información del menor) | | | Ciudad | | Estado | Código postal |
|  | | |  | |  |  |
| Número de teléfono de la casa  (incluir el código de área) | | Número de teléfono celular  (incluir el código de área) | | Número de teléfono del trabajo  (incluir el código de área) | | |
|  | |  | |  | | |
| **Padre/Tutor 2** | | | | | | |
| Nombre/Parentesco | | | Correo electrónico | | | |
|  | | |  | | | |
| Dirección | | | Ciudad | | Estado | Código postal |
|  | | |  | |  |  |
| Número de teléfono de la casa  (incluir el código de área) | | Número de teléfono celular  (incluir el código de área) | | Número de teléfono del trabajo  (incluir el código de área) | | |
|  | |  | |  | | |
| ¿A quién contactar en caso de preguntas? ¿Prefiere que sea por teléfono o por correo electrónico? | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **INGRESOS DEL MENOR** | | | | | | |
| ¿El menor tiene algún ingreso mensual personal?  Sí  No  En caso afirmativo, indique la fuente y cantidad. | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO** | | | | | | |
| 1. **Diagnóstico**: ¿Qué diagnósticos tiene actualmente el menor? | | | | | | |
| Diagnóstico | Nombre del proveedor, clínica y dirección | | | | ¿Fecha de diagnóstico? | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Necesidades de salud mental** | | | |
| ¿El menor necesita alguno de los siguientes apoyos para necesidades conductuales o de salud mental?  Clinical Case Management and Service Coordination (Administración de caso clínico y coordinación de servicios)  Sistema de justicia criminal  Servicios de salud mental (marque todo lo que corresponda)  Revisión de medicamentos psiquiátricos con un psiquiatra u otro médico  Sesiones de orientación con psicólogo o trabajador social clínico con licencia  Tratamiento psiquiátrico como paciente hospitalizado  Tratamiento diurno: jornada parcial o completa  Tratamiento conductual para niños con trastornos del espectro autista bajo la supervisión de un profesional de salud mental  Psicoterapia en el hogar bajo la supervisión de un profesional de la salud mental  Servicios contra el abuso de sustancias  Apoyos en la escuela para los problemas emocionales y/o conductuales | | | |
| Indique el tipo de apoyo, el nombre del proveedor, la dirección y el número de teléfono de cualquier apoyo seleccionado arriba.  En casos de apoyos en la escuela, incluya el nombre de la escuela y la persona de contacto. | | | |
| Tipo de apoyo, nombre del proveedor,  nombre de la clínica | Dirección | | Número de teléfono  (incluir el código de área) |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| 1. **Otros proveedores (médicos, atención en el hogar y servicios sociales)**: indique todos los proveedores actuales junto con  su dirección y número de teléfono. | | | |
| Nombre del proveedor y de la clínica | Dirección | Número de teléfono  (incluya el código de área) | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| ¿Aproximadamente cuántas horas a la semana se requieren para proveer todos los servicios marcados arriba? | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Terapia**: indique las terapias en las que participa el menor (p. ej., terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla). | | | | | | | | |
| Tipo de terapia | Nombre del proveedor, dirección y número de teléfono | | | | | | Lugar donde se provee la terapia (hogar, escuela, clínica) | Número de sesiones por semana |
|  |  | | | | | |  |  |
|  |  | | | | | |  |  |
|  |  | | | | | |  |  |
|  |  | | | | | |  |  |
| 1. **Hospitalizaciones**: ¿El menor ha sido hospitalizado en los últimos dos años?  Sí  No | | | | | | | | |
| Motivo de hospitalización | | Fecha de admisión | Fecha de alta | | Nombre y dirección del hospital | | | |
|  | |  |  | |  | | | |
|  | |  |  | |  | | | |
|  | |  |  | |  | | | |
| 1. **Medicamentos actuales:** indique todos los medicamentos recetados (incluida la quimioterapia) que el menor toma de forma habitual. | | | | | | | | |
| Nombre del medicamento | | Con qué frecuencia | | Vía de administración | | Describa cualquier efecto secundario significativo que esté experimentando el menor | | |
|  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Escuela:** ¿El menor tiene un Individualized Education Program (Programa de Especialización Individualizado, IEP) o un Individual Family Service Plan (Plan de Servicio Familiar Individualizado, IFSP)?  Sí  No  ¿El menor está inscrito en servicios de educación especial?  Sí  No | | |
| Nombre de escuela | Nivel de grado | Nombre(s) del maestro/proveedor, dirección, teléfono |
|  |  |  |

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-786-3246 (TTY: 711).

**LUS CEEV:** Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-786-3246 (TTY: 711).

|  |
| --- |
| **SOLO PARA USO INTERNO** |
| Notas del especialista en elegibilidad |