

___ approved
___ denied
___ initials

Devolver a:

Kids in Need of Dentistry
 2465 S. Downing, Suite 207
 Denver, CO 80210
 303-733-3710

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE LA CLÍNICA KIND

Por favor **ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA** y rellene completamente este formulario, de otro modo le será devuelto.

Cabeza de familia _____ Cónyuge _____

Miembros adicionales de su hogar (mayores de 18 años de edad) _____

Número de miembros de la familia que residen en su hogar _____

Dirección _____ Número de Apartamento __

Ciudad _____ Código postal _____

Número de teléfono residencial _____ Número de teléfono del trabajo _____

¿Han acudido sus hijos a una Clínica KIND anteriormente? (Sí o No) _____

Nombre del niño	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	Medicaid	CHP+	Headstart	WIC

Si su hijo tiene Medicaid, CHP+, Headstart O WIC, usted deberá enviar la documentación siguiente:

- copia de la tarjeta de Medicaid
- copia de la tarjeta de CHP+
- copia de la tarjeta y/o carta de Headstart
- copia de la tarjeta y/o carta de WIC
- copia de la carta de la Sección 8: Beneficios de alojamiento

Si su hijo no cuenta con la susodicha asistencia usted deberá proporcionar CONSTANCIA DE INGRESOS, enviando **dos** de los documentos requeridos siguientes:

- recibos de los cheques salariales recientes de dos meses consecutivos
- copia de todos los formularios de trabajo W2 de los empleos ejercidos en 2005
- copia de la declaración de impuestos sobre los ingresos de 2005
- carta del patrón declarando la cantidad de ingreso bruto mensual
- documentación de beneficios de desempleo en caso de estar desempleado en el momento de rellenar la solicitud

Se requiere también que devuelva esta solicitud con la CONSTANCIA DE INGRESOS ADICIONALES, del modo siguiente:

- cualquier fuente de ingresos adicionales no mencionada anteriormente
- manutención de menores
- beneficios de la Seguridad Social
- beneficios de discapacidad

La información que he provisto es verídica y correcta. Entiendo que la retención o la falsificación de cualquier información en este formulario o en los documentos de apoyo puede resultar en que se rechace la cobertura a los miembros de las familias que participan en el programa de odontología *Kids in Need of Dentistry*.

Firmado _____ Fechado: _____

Devolver a:

Kids in Need of Dentistry
2465 S. Downing, Suite 207
Denver, CO 80210
303-733-3710

Por favor revise la política siguiente de Kids in Need of Dentistry (KIND):
su formulario de solicitud no será procesado a menos que lo haya firmado

Política Financiera de KIND

Entiendo que soy solvente por todos los servicios provistos por KIND a mi hijo(s).

Entiendo que KIND acepta el pago de tanto Medicaid como el de CHP+. Si estos beneficios terminaran por cualquier motivo, entiendo que cualquier saldo restante deberá ser cancelado por mi cuenta.

Política de citas dentales de KIND

Entiendo que KIND requiere un aviso de 24 horas para cancelar una cita.

Entiendo que KIND y el acta *State Practice Act* requieren que un padre (o tutor legal) se encuentre presente en la primera visita.

Entiendo que KIND y el *State Practice Act* requieren que un adulto esté presente en todas las citas. De ser asignado, un padre (o tutor legal) puede firmar un formulario que permite a otro adulto estar presente en las visitas de control.

Entiendo que los pagos realizados por adelantado no son reembolsables para las citas omitidas o canceladas inoportunamente.

Entiendo que se requiere recibir pago por adelantado antes de que su hijo pueda ser remitido a una oficina dental privada (si fuese ésto necesario).

Entiendo que la terminación del plan de tratamiento de mi hijo puede requerir algunos viajes a varias clínicas de KIND distantes de mi casa. Entiendo que soy responsable de estos viajes a la clínica disponible. Ulteriormente, entiendo que si no voy a la clínica de KIND deberé encontrar otro recurso que no sea KIND para completar el plan de tratamiento de mi hijo.

He leído y acuerdo en cumplir con la Política Financiera de KIND y la política de citas dentales según se indica arriba.

Firmado: _____ Fechado: _____

Por favor revise el siguiente formulario de consentimiento del paciente:
su formulario de solicitud no será procesado a menos que lo haya firmado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad relacionados con mi información de salud protegida. Estos derechos se me han concedido mediante el acta *Health Insurance Portability and Accountability Act* (Acta de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 del Seguro Médico) HIPAA. Entiendo que al firmar este consentimiento le autorizo usar y revelar mi información de salud protegida para los siguientes fines:

- Tratamiento (incluyendo el tratamiento directo o indirecto de otros médicos de atención de la salud que participan en mi atención)
- obtención de pago de los pagadores terceros (Medicaid y/o CHP+)
- Operaciones de atención de la salud cotidianas de nuestra oficina

He sido informado también de, y concedido el derecho de revisar y disponer de una copia del *Aviso de Normas de Privacidad*, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida, y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que usted se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso de tiempo en tiempo y que puedo ponerme en contacto con usted en cualquier momento para obtener la copia más actualizada del aviso.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones acerca de cómo usar y divulgar mi información de salud protegida a fin de realizar el tratamiento, el pago y las operaciones de asistencia médica, pero que usted no tiene la obligación de acordar tales restricciones solicitadas. Sin embargo, si usted realmente está de acuerdo, tendrá la responsabilidad de cumplir con tales restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento dado. Sin embargo, cualquier uso o divulgación ocurriente antes de la fecha de mi revocación de este consentimiento no se verá afectado.

Imprima el nombre del paciente _____

Su nombre _____

Parentesco con el paciente: _____

Devolver a:

Kids in Need of Dentistry
2465 S. Downing, Suite 207
Denver, CO 80210
303-733-3710

Fecha de hoy: _____ Firma: _____