

Devolver a:
 Kids in Need of Dentistry (303-733-3710 x 15)
 2465 S. Downing, Suite 210
 Denver, CO 80210

_____ approved
_____ denied
_____ Percent
_____ Med/CHP+
_____ Initials
Date: _____

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE LA CLÍNICA KIND

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

Cabeza de familia _____ Cónyuge _____
 Miembros adicionales que viven en su hogar (mayores de 18 años de edad) _____
 Número de miembros de la familia que residen en su hogar _____
 Dirección _____ Número del 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/niña	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Medicaid	CHP+	Headstart	WIC	Social Security #

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 dicha asistencia usted deberá proporcionar **CONSTANCIA DE INGRESOS DE CADA UNA DE LAS PERSONAS EMPLEADAS EN SU CASA, enviando DOS** de los siguientes documentos requeridos:

- copia de talones de cheques salariales recientes de dos meses consecutivos de cada una de las personas que trabajan en su hogar
- copia de todos los formularios de trabajo W2 de los empleos ejercidos el año pasado
- copia de la declaración de impuestos sobre los ingresos del año pasado
- carta del patrón declarando la cantidad de ingreso bruto mensual
- documentación de beneficios de desempleo en caso de estar desempleado en el momento de llenar 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 el Seguro 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 dental *Kids in Need of Dentistry*.

Firmado _____ Fechado: _____

*****VEA AL OTRO LADO*****

Devolver a:

Kids in Need of Dentistry (303-733-3710 x 15)
2465 S. Downing, Suite 210
Denver, CO 80210

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

Norma 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 fueran terminados por cualquier motivo, entiendo que cualquier saldo restante deberá ser pagado por mi cuenta.

Norma 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 estoy de acuerdo en cumplir con la norma Financiera de KIND y la norma 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 ocurrente 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: _____

Fecha de hoy: _____ Firma: _____