

Georgia Department of Human Resources
Informe de Katie Beckett

Condado de _____ Departamento de Servicios Para Familias y Niños

RE: _____

_____ Fecha

_____ No. de Caso

_____ Nombre/MES

_____ Teléfono

A continuación, adjuntamos un paquete de formularios que deben completarse, para cumplir con los requisitos, para su solicitud o revisión del Tipo de Asistencia de Medicaid de Katie Beckett. Favor de leer toda la información del paquete y complete las formas TAL COMO se encuentran en el orden indicado abajo. (Del primero al último)--Si tiene algún problema o pregunta, comuníquese con los Especialistas para la Elegibilidad de Medicaid (MES *¹), al teléfono que se encuentra arriba. El paquete completo de los formularios, debe incluir todo lo que se enumera a continuación:

- Solicitud de Medicaid, Forma 94
- Evaluación del Medicaid, Forma 222
- Lista de Verificación,, Form 981
- El DMA-6(A) Pediátrico, Recomendaciones del medico para el Cuidado Pediátrico
- Instrucciones Pediátricas DMA-6(A)
- Plan de Cuidado TEFRA/Katie Beckett , DMA Forma 706
- Instrucciones de Cuidado TEFRA/Katie Beckett
- Forma de Efectividad de Costos, TEFRA/Katie Beckett, DMA Forma 704
- Otros _____

Favor de regresar la información completa a DFCS para el _____.
(Fecha)

Instrucciones para Completar la Solicitud de Medicaid, Forma 94

Favor de regresar esta solicitud tan pronto como se complete, al Departamento de Servicios Para Familias y Niños (DFCS). NO ESPERE hasta completar las formas restantes, o hasta que reúna la información de apoyo adicional para someter su solicitud. La fecha de su solicitud se considerará, a partir de la fecha en que la oficina del DFCS reciba la misma. Un(a) Especialista de Elegibilidad de Medicaid (MES*) se pondrá en contacto con usted, para llevar a cabo una entrevista telefónica y para solicitar cualquier otra información o verificación necesaria.

¹ MES: Especialista de Elegibilidad de Medicaid

La Especialista para la Elegibilidad de Medicaid (MES*), debió haber anotado de antemano el título de “Katie Beckett Application” (*Solicitud Katie Beckett*), en la porción superior de la forma, donde dice en inglés: “Check Block...” (*Marque el espacio*). En caso de que esto no se haya agregado, escríbalo en ese espacio claramente CON LETRA DE MOLDE y no con letra manuscrita. Si usted es el solicitante, favor de completar la solicitud de la manera siguiente:

1. Escriba el nombre del solicitante de Katie Beckett (KB²), como se indica, donde dice “Your Name” en inglés, o (*Su Nombre*). Llene la información restante donde se encuentra el espacio para el domicilio, etc. Proporcione un número de teléfono y/o el correo electrónico para el padre o guardián legal, si corresponde.
2. A continuación, escriba el nombre del niño(a) solicitante de KB ³, así como la información demográfica que se solicita. Donde se pregunta cual es “Su” relación o parentesco con el solicitante, deberá contestarse como “Self” en inglés, que significa: (El Mismo), en el espacio correspondiente. No debe incluirse otro nombre en esta porción, al menos que exista otro niño(a) en el hogar que sea elegible para recibir los beneficios del KB.
3. En la siguiente sección, enumere los nombres y la información demográfica para todos los miembros de la familia restantes. Donde dice: “Relationship to You” en inglés, o (*Parentesco que tiene con usted*), indique el parentesco de la persona correspondiente con el niño(a) KB (o el *solicitante*). Por ejemplo: “Mother” (*Madre*), “Father” (*Padre*), “Brother” (*Hermano (a)*), etc.
4. Complete las preguntas de la porción inferior en la primera página.
5. En la segunda página, complete la información necesaria, en el espacio designado para la relación de “ingresos,” es decir, (del dinero recibido para la manutención del menor)--y la información de recursos, para cada miembro del hogar. Los ingresos recibidos por “Child Support” ⁴ en inglés, o (*Pago para la manutención de los niños(s)*), deben indicarse, colocando la cantidad que se recibe, debajo del nombre del niño(a) correspondiente. En caso que el ingreso (cantidad de dinero recibida) para la manutención del menor, se trate de más de un niño(a), divida la cantidad total entre todos los niños, en forma uniforme, de manera que represente la cantidad que se recibe por cada niño(a).
6. No es necesario llenar la sección de “childcare” (*cuído de niños/guardería*).
7. Favor de contestar la sección que se refiere al padre/madre ausente y/o a cualquier cobertura de seguro médico con que cuenten.
8. El padre o guardián deben firmar la forma como firman generalmente y no con el nombre del niño (a) que es el solicitante del KB.

Instrucciones para Completar La Forma de Evaluación del Medicaid, Forma 222

Si el MES* no ha completado la “Forma de Evaluación de Katie Beckett” por escrito, justamente debajo de la línea punteada de la página 1 de la forma, favor de hacerlo. Favor de escribir, la información que se le pide en la forma, CON LETRA DE MOLDE y regrésela nuevamente a la oficina del condado del DFCS, ⁵ tan pronto como le sea posible. Complete la forma, tal como si usted fuese el (la) niño(a) solicitante del KB.

² KB: Solicitud de Katie Beckett, mejor conocida como la solicitud de Medicaid

³ Child Support: Obligación o mandato del juez, por parte de la corte, para el pago mensual por mantenimiento de los hijos. Generalmente, se descuenta del salario del trabajador automáticamente.

⁵ DFCS- Departamento de Familias y Servicios Infantiles

El MES*, o (“Especialista para la Elegibilidad de Medicaid”), debió haber incluido una lista de verificación o (“checklist”), que debe regresarse con este resumen. Por favor, comuníquese con el “MES”, al número de teléfono que se encuentra en la página 1 de esta carta, en caso que tenga alguna pregunta o problema.

1. En caso que su respuesta a las preguntas número 1 y 2 sea un “sí”, proporcione la información que se solicita.
2. Anote el nombre y los datos personales del niño(a), solicitante del KB en la primera sección de espacios. Donde se pregunta “Relationship to You” en inglés, es decir, (Cual es su parentesco), responda: “Self” en Inglés, (El mismo).
3. En la última sección de espacios, al final de la página 1, anote los nombres, así como los datos personales que se solicitan, de las personas que faltan y que forman parte de este hogar. Donde dice: “Relationship to You” en inglés, es decir (Cual es su Parentesco); usted deberá anotar el parentesco que existe entre el miembro de familia y el niño (a) que solicita el KB. Por ejemplo: Madre, Padre, Hermano, etc.
4. En la página 2, inciso 3, anote la información solicitada, de la persona que representa personalmente al niño(a) del KB. Es importante incluir el teléfono donde se le puede localizar durante el día, incluyendo el área telefónica y la dirección donde se recibe la correspondencia. Esta persona recibirá correspondencia de las oficinas del DFCS y del “Department of Community Health” o sea: Del Departamento de Bienestar Familiar y El Departamento de Salud Comunitaria, con respecto al niño (a) solicitante del KB.
5. Si algún miembro del hogar está embarazada, favor de indicarlo en el inciso numero 4. Esta persona puede ser elegible para el plan de Medicaid, debido a que se encuentra embarazada.
6. Bajo el punto número 6, indique los recursos con que cuentan los padres, según quien tenga la custodia legal del niño(a) que reciba el KB. En este caso, necesitará proporcionar una prueba de cualquier recurso que reciba en nombre del menor, que esté recibiendo el beneficio del KB.
7. En la página 3, en el número 7., añada usted la información relacionada con el(los) miembro(s) del hogar que están empleados.
8. No es necesario completar el número 8.
9. En el número 9, si algún niño(a) que vive en el hogar, recibe mensualidades de “child support”, u (Manutención de de uno o mas hijos), favor de escribir el o los nombre(s) del(los) hijo(s), quienes reciben el dinero, así como el nombre de la persona que recibe los pagos.
10. Complete el número 10, que corresponde al “ingreso no devengado”, (dinero que no se ha ganado). La cantidad mensual debe considerarse como la cantidad bruta *⁶ y no la cantidad neta *⁷
11. No es necesario completar este renglón.
12. El número 12, se refiere a los bienes o inversiones ⁸ del Katie Beckett, que se hayan transferido en su favor.
13. No es necesario contestar ese renglón.
14. Conteste el número 14.
15. Lea y firme la forma de evaluación con su firma, y no con la del niño (a) que recibe el beneficio de Katie Beckett.

⁶ Cantidad bruta (contabilidad) Salario o pago que recibe el empleado antes del pago de impuestos

⁷ Cantidad neta (contabilidad) Cantidad que resta del salario, después del pago de impuestos

⁸ Assets: bienes o inversiones

Instrucciones para Completar el DMA 6(A) Pediátrico

Es importante que se contesten todas las porciones del DMA 6 (A), aun si se contesta como “N/A” en Inglés, que significa: (no corresponde). Asegurese que el médico o la enfermera que llene la información de algunas de estas secciones, esté informado de este requisito. Devuelva esta forma al “MES”* (Especialista de Elegibilidad de Medicaid) tan pronto como le sea posible, una vez que la complete. Esta forma es válida únicamente durante los primeros 90 días, a partir de la fecha en que es firmada por el médico. Estas instrucciones proporcionan información adicional a las que se proporcionaron al completar el formulario. Por favor también lea esas instrucciones. La forma debe completarse de la manera siguiente:

Sección A

1. La Sección A, debe llenarla el padre o representante legal del niño de Katie Beckett.
2. El número de Medicaid (punto número 2), así como el nombre del condado del “DFCS” del peticionario, (número 1) y la fecha de la solicitud de Medicaid, debe completarla el “MES”.
3. En el punto número 7, donde se pregunta que en caso que el niño(a) de la mención de Katie Beckett, no fuera elegible para la categoría del Medicaid; pudiera ser que el o ella(a) sea candidato para su aceptación a una instalación para servicios de convalecencia, (“nursing home”), para un hospital, o una institución para los pacientes que tienen problemas de retardo mental. Conteste si o no, según sea el caso.
4. El número 10, se refiere al (los) padre(s) o al representante legal del menor de Katie Beckett, quien debe firmar y fechar esta porción de la solicitud.

Sección B

1. El médico primario del niño(a) candidato de Katie Beckett, debe completar toda esta sección. No debe dejarse ningún espacio en blanco, al menos que se indique contrariamente en la porción inferior.
2. Asegure que el médico entienda que si necesita mayor espacio, al contestar la parte número 12, que trata sobre el Historial Médico, que el/ella puede escribir “see attached”, en el espacio, en Inglés, (es decir, favor de referirse al anexo), y que añada la(s) página(s) adicionales a la forma.
3. El número 13, que presenta el Diagnóstico, debe ESCRIBIRSE, y no debe identificarse únicamente por el código numérico, o el ICD. Los códigos ICD (que se localizan en margen derecho del diagnóstico escrito), deben facilitarse UNICAMENTE por el Georgia Medical Care Foundation (GMCF), una vez que éstos revisen la forma. Si el médico muestra un diagnóstico, que coincida con uno de los diagnósticos enumerados abajo, el padre o representante legal, tendrán que proporcionarle también una evaluación psicológica al MES*. Sin embargo, no se espere para entregar la forma DMA 6(A) una vez terminada, mientras que trata de obtener la evaluación psicológica que se solicite. La evaluación psicológica debe completarse a más tardar, el primer año, a partir de la fecha en que se hizo la solicitud de Medicaid.
 - a. Padecimiento Mental
 - b. Retardo Mental
 - c. Autismo
 - d. Síndrome de Asperger
4. En la parte número 16, que se refiere al Plan de Tratamiento; si el médico necesita mayor espacio del que se proporciona para llenar su reporte, el/ella debe escribir “see attached” (refiérase al anexo adjunto), y acompañar el anexo del plan de tratamiento, adjuntándolo a la forma por separado.

5. El médico debe firmar la forma personalmente en la parte número 25. No se aceptara una firma sellada o la firma de otro empleado de la oficina del médico.

Sección C

1. El médico primario del niño (a) y/o una enfermera registrada, que esté bien enterada de la condición del (los) niño(s), puede completar la Sección C.
2. Cada parte de esta sección debe abordarse, tal como se hizo en las otras secciones.
3. Si por ejemplo en el “Behavioral Status,” (o del Estado del Comportamiento), de la sección número 33, se marca cualquier otro punto de la lista, que no sea el de agitado(a), colaborador(a), o alerta; se requerirá una evaluación psicológica. Tanto esta sección, conjuntamente con la porción número 13, de la Sección B, requieren una evaluación psicológica.
4. La parte número 40, de “Remarks” (Comentarios) puede contestarse con “None” (o ninguno).
5. La porción número 41, que se refiere al “Pre-Admission Certification Number” (al Número de Certificado de Pre-Admisión), es únicamente para los niños que son admitidos a un “nursing home”⁹, (o a una instalación de rehabilitación supervisada). Esta debe dejarse en blanco para el niño(a) Katie Beckett.
6. La enfermera o médico que completó esta sección, debe firmar y fechar la forma en la parte número 42 y 43. Esta debe tener la firma original, ya sea del médico o de la enfermera.
7. Las secciones de la 44 a la 52 son únicamente para el uso interno. No las complete.

Instrucciones para Completar el Plan de Cuido de Katie Beckett

Esta forma debe completarla el(los) padre(s) o el representante legal, así como el médico primario del niño(a) solicitante del Katie Beckett. Favor de escribir, ya sea con letra de molde legible, y/o escribir a máquina la información. Debe contestarse cada parte de las formas. Si alguna de las secciones no corresponde al niño(a) Katie Beckett, escriba “N/A” en Inglés, (o no corresponde). Asegúrese que el médico entienda este requisito. Existen instrucciones adicionales que se proporcionan con el “Care Plan” (Plan de Cuido) a parte de lo que se adjunta aquí. Asegúrese de leerlas también.

Sección A

1. Historia Personal- Esta sección deben completarla los padres o el representante legal del niño solicitante de Katie Beckett. La primera línea debe incluir e el nombre del niño Katie Beckett y su información general. El “MES”, (El Especialista para la Elegibilidad de Medicaid), le proporcionará un número de identificación de Medicaid, o, “Medicaid ID “-- que debe anotarse en esta sección.
2. “Family History”, (o Historia de la Familia)- en el renglón donde se refiere a: “educational level”, (nivel de educación), conteste la misma, incluyendo el grado escolar hasta donde estudio cada uno de los padres; así como la educación superior/o universitaria y/o la certificación técnica que se recibió.
3. Servicios Escolares y/o Educativos.- En caso que el niño(a) de Katie Beckett tenga un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP), o un Plan de Educación Individualizado, (IEP), debe presentársele una copia al “MES”. Sin embargo, no se demore en regresarle el “Care Plan”, (Plan de Cuido) al “MES”, mientras esté obteniendo una copia del plan correspondiente.

⁹ Nursing home: tradicionalmente se refiere a un hogar para personas de la segunda edad- en caso de otros padecimientos, enfermedades, se trata de una Instalación de servicios de Rehabilitación Supervisado
SP REV 04/05

Sección B

1. Esta sección debe ser completada enteramente por el médico primario.
2. El Diagnóstico y/o los Problemas Médicos del Solicitante - El médico debe escribir el diagnóstico utilizando el termino médico, y no por el número del código (ICD) correspondiente, cuando se trate de un(a) niño(a) del Katie Beckett.
3. Hospitalizaciones – Si el niño(a) de Katie Beckett nunca ha sido hospitalizado, favor de contestar con: “None” (ninguno), o “N/A” (no corresponde).
4. Terapias- Si el niño de Katie Beckett en cuestión, recibe algún tipo de terapia, proporcionele al “MES” (Especialista para la Elegibilidad de Medicaid), copias de las notas del(los) terapeuta(s). Sin embargo, no debe demorarse en entregar el “Care Plan” (Plan de Cuidado) a su “MES”, tan pronto como sea posible, mientras espera obtener copias de las anotaciones del(los) terapeuta(s).
5. Firmas - El(los) padre(s) o el representante legal del niño(a), deben firmar y fechar la forma, una vez que la completen. Si los dos padres viven en el mismo hogar, el segundo, (cual no firmo anteriormente), debe firmar en la línea que dice: “Secondary” Parent or Legal Representative. (Padre o madre Secundario o Representante legal), según sea el caso. La firma del médico primario, debe ser una firma original. No se aceptan como originales, las firmas que vienen en un sello con la firma incorporada.

Instrucciones al Completar la Forma de Eficacia de Costos de Katie Beckett

Esta forma debe completarla el médico primario del niño(a), peticionario de Katie Beckett. Favor de pedirle al médico que la complete y se la regrese al “MES”. Indíquelo al médico que complete el formulario de la manera siguiente:

1. Nombre del Paciente - Anote el nombre del niño(a) de Katie Beckett.
2. El “MES”, puede proporcionarle el número de Medicaid, si se desconoce.
3. El médico, debe anotar el nombre del diagnóstico en la planilla, y no el número del código, por el que se conoce el mismo. Debe anotar también el pronóstico, en los espacios adicionales que se le proporcionan abajo. En caso necesario, el/ella puede también anexar cualquier información adicional.
4. El médico debe proporcionar, el costo mensual estimado de cualquiera de los servicios médicos que recibe el niño(a) Katie Beckett en forma continua. Si el médico no completa todo lo que corresponda, se permite incluir otras cantidades por servicios médicos, proporcionando el nombre de la agencia/la farmacia/o del terapeuta, según sea el caso. Estos, deben poner sus iniciales junto a la cantidad que se cobre, donde está la señal de dólares (\$). Como mínimo, el médico deberá incluir el costo por su(s) servicio(s).
5. El médico debe indicar si la instalación para servicios de convalecencia casera, estará a la altura del cuidado de una institución especializada.
6. No es necesario añadir otro comentario. Sin embargo, sería de gran ayuda para el MES, si usted le indica, el porcentaje de la cantidad que cubre su seguro médico, para cada uno de los servicios médicos que reciba, eso es si cuenta con un plan de seguro médico individual o de grupo.
7. El formulario debe llevar la firma original del médico primario de cuidado. No se aceptan los sellos que contienen firmas incorporadas. La fecha debe agregarse, el mismo día en que se firma el documento.