

## **IMPORTANTE: LEA ESTO PRIMERO**

A usted se le está proporcionando la información que se adjunta de la Agencia para Niños con Incapacidades Médicas (*BCMh*, por sus siglas en inglés) debido a que su médico ha presentado una solicitud para recibir servicios en concepto de tratamiento. *BCMh* es un programa para ayudar a familias que tienen un hijo o hija que sufre de una condición médica crónica. Para ser elegible para el Programa de Tratamiento de la *BCMh*, un niño o niña debe tener una condición elegible desde un punto de vista médico y la familia debe satisfacer los criterios de elegibilidad financiera de la *BCMh*.

Los bolsillos internos del expediente color púrpura contienen instrucciones acerca del modo en que se debe presentar la solicitud.

Por favor, siga las instrucciones comenzando con la información del costado izquierdo.

Si se le aprueba, usted recibirá una Carta de Aprobación.

### **BOLSILLO IZQUIERDO** (contiene las Pautas de *Healthy Start* y CPA):

- Lea la hoja de Pautas de *Healthy Start* de Ohio y fíjese en los diagramas para determinar si usted necesita solicitar *Healthy Start* a través del Ministerio de Trabajo y Servicios Familiares (DFJS, por sus siglas en inglés) de su condado. Siga los pasos 1 a 3.
- Si usted necesita solicitar *Healthy Start*, complete el folleto de la Solicitud de Programas Combinados (CPA) que se encuentra en el bolsillo izquierdo y envíelo a su Ministerio de Trabajo y Servicios Familiares del condado.

### **BOLSILLO DERECHO:** (contiene Divulgación, CPA, páginas 1-5, sobre de correspondencia e información adicional):

- Si sus ingresos mensuales brutos son superiores a las Pautas de *Healthy Start* de Ohio Y si su hijo o hija tiene seguro de salud, complete el formulario de Divulgación y Consentimiento y la Solicitud de Programas Combinados que se encuentra en el bolsillo derecho.
- Si a usted se le negó *Healthy Start* debido a que tiene demasiados ingresos O si tiene seguro de salud, envíe una copia de su carta de denegación junto con su Solicitud de Programas Combinados que se encuentra en el bolsillo derecho.
- Asegúrese de incluir tres talones de cheques de la nómina para cada uno de los padres empleados y una copia de su declaración de impuestos federales más reciente.
- Envíe los documentos completados y firmados en el sobre que se adjunta.

### **Información adicional en el expediente:**

- Folleto de Información General de la *BCMh*
- Aviso de las Prácticas de Privacidad de la *BCMh*

Si tiene preguntas acerca del programa de la Agencia para Niños con Incapacidades Médicas o acerca del modo en el que debe completar los formularios que se adjuntan, usted podrá comunicarse con el ministerio de salud local y solicitar hablar con una enfermera de salud pública de la *BCMh* o llamar a la *BCMh* al (614) 466-1700 o de forma gratuita al 1-800-755-4769.