



FÓRMULA METABÓLICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Formulario del Estado 57477 (8-24)
DEPARTAMENTO DE SALUD DE INDIANA
PROGRAMA DE EVALUACION GENÓMICA Y PRUEBAS DE DETECCIÓN NEONATAL

La fórmula metabólica puede estar cubierta por Medicaid y los Servicios Especiales de Atención Médica para Niños (CSHCS, por sus siglas en inglés). El Programa de Evaluación Genómica y Pruebas de Detección Neonatal (GNBS, por sus siglas en inglés) pagará los costos de la fórmula metabólica que no esté cubierta por el seguro médico de la familia, Medicaid, CSHCS o de otra forma de pago externo. Las familias son responsables de solicitar Medicaid y CSHCS antes de solicitar la asistencia del Programa de Evaluación Genómica y Pruebas de Detección Neonatal. Las familias elegibles deben pagar los costos restantes después de la asistencia del Programa de Evaluación Genómica y Pruebas de Detección Neonatal de acuerdo a los ingresos, el tamaño del hogar y el nivel federal de pobreza.

La elegibilidad para Medicaid y para los Servicios Especiales de Atención Médica para Niños se basa en los ingresos, el tamaño del hogar y el nivel federal de pobreza. Las familias deben solicitar Medicaid y mostrar un comprobante de solicitud cuando soliciten los Servicios Especiales de Atención Médica para Niños. La solicitud de CSHCS (Formulario Estatal 49006) se puede encontrar en línea en el enlace <https://www.in.gov/isdh/23685.htm>. Para obtener más información sobre la elegibilidad para Medicaid, comuníquese con la línea de ayuda de MCH MOMS al 1-844-MCH-MOMS (1-844-624-6667).

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE DEL PADRE

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento del paciente (mes/día/año):
Dirección del domicilio (número y nombre de la calle):		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Diagnóstico del paciente o motivo de seguimiento en la clínica metabólica:		
Nombres de los padres o del tutor legal:		Número de teléfono:
Dirección del domicilio (número y nombre de la calle) (si es diferente de la anterior):		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DE FAMILIA

Enumere TODOS los miembros de la familia en casa con nombre y apellido, y relación con el paciente en los espacios a continuación. Si necesita espacio adicional, utilice el cuadro de información que se encuentra en la parte posterior.

Nombre completo (nombre y apellido)	Relación	Nombre completo (nombre y apellido)	Relación
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

Ingreso bruto ajustado para el año fiscal más reciente: \$
Su ingreso bruto ajustado se puede encontrar en la primera página de su formulario 1040 de impuestos federales sobre la renta.

INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS Y OTRA ASISTENCIA FINANCIERA

¿Es elegible para Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	Número de beneficiario de facturación de Medicaid:	Fecha de inicio:	Fecha final:
¿Tiene Cobertura de seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la compañía de seguros de salud y número de póliza:	Fecha de inicio:	Fecha final:
¿Tiene el mismo seguro médico que del año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuidado metabólico general aprobado por el seguro: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	¿Está la fórmula metabólica cubierta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
Monto del deducible:	¿Qué porcentaje del costo de la fórmula metabólica debe pagar después de haber alcanzado su deducible para el año?		
¿Es aprobado la solicitud de servicios especiales de atención médica para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	Fecha de aprobación o denegación (día/mes/año):		

Esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Nombre en imprenta del padre o tutor:	Fecha (mes/día/año):
Firma del padre del tutor:	

Información adicional:
