



Phone 407-877-9311/Fax: 321-247-5347

PO Box 608432 Orlando FL 32860

Tax ID: 59-3503974

Las aplicaciones completadas deben incluir:

- Aplicación del programa totalmente completada
- Si el referido viene de una clínica local, hospital, escuela, oficina del doctor, trabajador social o algún otro profesional de la salud y la forma de la remisión del programa local debe ser enviada por la entidad.
- Fotos: solicitamos una fotografía de la zona afectada del niño, es una condición visible. También por favor proporcione una foto de su hijo; una foto del pasaporte o la foto escolar sería suficiente.
- Una forma de la autorización médica completada.
- Una forma de liberación médica completada.
- Sección completada de forma de publicidad.
- La prueba de ingresos (W4, o declaración de impuestos o carta del empleador) o si no puede proporcionar estos documentos por favor nos proporcionan con una carta explicando su situación.
- Si ha solicitado CHIP (Kidcare/ Medicaid) y ha sido negado por favor provéanos con la letra de la negación.

Aunque nos gustaría ayudar a todos los niños que necesitan tratamiento médico, los servicios son dependientes de fondos, el profesional disponible y médico quienes son capaces de donar sus servicios. La aceptación en nuestro programa está basada en necesidades financieras, para niños lo que no tiene derecho al seguro o están bajo asegurado. Los padres están obligados a revelar la situación financiera total en la aplicación. Si no somos capaces de ponernos en contacto con usted dentro de un período de 30 días su caso estará cerrado.

• Póngase en contacto con nosotros con cualquier pregunta o duda. Estamos aquí para ayudar.

• TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA SE MANTIENE CONFIDENCIAL. INFORMACIÓN SÓLO SE USA PARA RAZONES MÉDICAS Y TRATAMIENTO

Igual que nuestro Programa Entrante Internacional (International Inbound) los doctores, las enfermeras y los hospitales donan sus facultades y maestría en el pedido para asistir a niños elegibles para nuestro programa.

Requisitos de elegibilidad:

Una aplicación debe ser completada en su totalidad presentada a la Healing the Children para ser examinada. Una vez que la aplicación es presentada en su totalidad será mandada para la colocación.



Phone 407-877-9311/Fax: 321-247-5347

PO Box 608432 Orlando FL 32860

Tax ID: 59-3503974

Ninos resien nacidos a 18 anos son elegibles.

Los niños tienen que vivir dentro de nuestras ubicaciones gráficas (Florida o Georgia).

Cuidadnos, residencia y sin residencia son elegibles

Debido a nuestros recursos limitados, generalmente no somos capaces de aceptar aplicaciones de niños con problemas médicos terminales. De ejemplos, trasplantes de médula ósea, la mayor parte de cánceres y órgano de trasplanta excepto piel o córnea. De HTC no ser capaz de asistirle haremos referidos necesarios a agencias y fundaciones que pueden ser capaces de proporcionar la ayuda necesaria.

Responsabilidad de cliente después de aceptación en el programa:

1. Todos los cambios de ingresos financieros, seguro, se dirigen a número de teléfono o estado de cualquier necesidad amable para ser relatada a nosotros inmediatamente.
2. Es la responsabilidad del cliente de encontrar el transporte a la citas. Sin embargo, cuando la financiación pueda, proporcionará el apoyo en asistir en el transporte.
3. Se requiere que el cliente vaya a citas programadas y si cancela o no asisten a su cita sin razón justificada puede ser ilegibles para la ayuda.
4. Se requiere dar el aviso de 24 horas si no puede llegar la cita programada.
5. Hace falta que el cliente consiga que el permiso de HTC haga citas con la oficina de un doctor para el niño . Una vez que la cita inicial esta hecha, las citas de seguimiento pueden ser hechas por el cliente, pero tienes que notificar a Healing the Children la hora y fecha de la cita programada.
6. Los MRI, los rayos X, la cirugía o el apoyo adicional deben ser coordinados a través de Healing the Children. Póngase en contacto con nosotros si el médico ordena procedimientos adicionales, exámenes o medicamentos antes de ordena la sita o medicamento.
7. En una emergencia pueden traer a un niño a la sala de emergencia local para ser tratada por el hospital, cuando las cuentas del hospital para servicios son recibidos, la copia original deben ser presentadas a HTC. Así podemos abogar de parte de su niño y para que el departamento de cuentas en el hospital reiniciá la cuenta. **Por favor nota:** no podemos abogar de su parte una vez que la cuenta ha sido enviada a la colección.

POR FAVOR GUARDE PRIMERAS 2 PÁGINAS PARA SUS ARCHIVOS.



Phone 407-877-9311/Fax: 321-247-5347

PO Box 608432 Orlando FL 32860

Tax ID: 59-3503974

Personal Información:

Nombre del cliente: _____ Número de Seguridad Social (si procede)
_____ DOB: _____

Dirección: _____

Email: _____ Teléfono: _____ celda: _____

INFORMACIÓN MÉDICA:

Diagnóstico médico: _____

Por favor de listar médicos que ha visto su niño(a) :

médico de cabecera o pediatra: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Fax: _____

Specialty Doctor: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Fax: _____

Padre/Madre/Tutor Información:

1.Nombre de la madre: _____

Dirección: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

2.El nombre del Padre: _____

Dirección: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

números de teléfono del empleador: _____



Phone 407-877-9311/Fax: 321-247-5347

PO Box 608432 Orlando FL 32860

Tax ID: 59-3503974

Información financiera:

Total Monthly Income (Proof of Income is Required): \$ _____

Total Monthly Expenses (Rent, Utility Bills, Car Payments, etc.): \$ _____

Number of individuals in household: _____

Aplicaciones no será procesada a menos que recibamos esta información. HTC se reserva ese derecho a solicitar copias de todos los gastos mensuales. Si una solicitud de copia de los gastos mensuales se hace cliente debe proporcionar copias de dichos gastos para recibir servicios dentro de los 30 días de la solicitud hecho por HTC.

¿Solicitaste fondos del Estado de seguro (MEDICAID): S/N

Si , cuando _____

Cuál fue el resultado? Aceptado/rechazado . Motivo de rechazo, sírvase proporcionar la carta del Estado.

Fuente de referencia: ¿Cómo te enteraste de HTC? _____

Aplicación Correo a:

Healing the Children

PO Box 608432

Orlando FL 32860

Usted será notificado cuando su solicitud sea aceptada y aprobada. **No dude en ponerse en contacto con nosotros con cualquier pregunta o inquietud. Si necesita ayuda para llenar la solicitud por favor informar a nuestra oficina.**



Phone 407-877-9311/Fax: 321-247-5347

PO Box 608432 Orlando FL 32860

Tax ID: 59-3503974

A quien pueda interesar:

1. Que yo _____ soy, el tutor o padre/madre de _____.

2. Soy testigo de la naturaleza y la condición de mi hijo, tratamiento medico, operación prevista, los beneficios esperados y los riesgos han sido explicados a mí.

3. Healing the Children, sus empleados, sus médicos y voluntarios del la fundacion tiene consentimiento para administrar cualquier tratamiento (incluyendo, sin limitarse a rayos x, examen, anestesia, médico, diagnóstico quirúrgico o dental y cualquier atención hospitalaria) considerado necesario para su mejor conocimiento y juicio.

4. Si la lesión o enfermedad es potencialmente mortal o requiere tratamiento de emergencia, cirugía, yo autorizo Healing the Children y sus médicos y voluntarios para invocar cualquier recurso y procedimiento se considere nesecario para corregir tal lesión o enfermedad.

5. Durante el tratamiento de mi hijo, Healing the Children y voluntarios desarrollarán un plan de atención de seguimiento. Me comprometo a seguir las recomendaciones formuladas por el profesional médico para asegurar el bienestar continuo de mi hijo.

6. Esta autorización es válida a partir _____ y caduca _____.

7. Healing the Children, sus empleados, su médicos y voluntarios de la fundacion buscarán el resultado más positivo posible. Sin embargo, entiendo que no me han dado ninguna garantía y ninguna de las partes será responsable de complicaciones imprevistas o resultados negativos, incluyendo la muerte del paciente.

8. Photo release: Yo doy Healing the Children, FL sus cesionarios, licenciarios y representantes legales el derecho irrevocable para utilizar mi hijo nombre, imagen, retrato, imagen, video o fotografía en todas formas y medios de comunicación y de todas maneras, incluyendo compuesto, para hacer publicidad, publicación o cualquier otro fin lícito y renuncia a cualquier derecho a inspeccionar o aprobar el producto terminado, incluyendo copia escrita, que puede crearse en conexión con ellos.

Firma _____ Fecha: _____

Printed Name: _____

Presenciado por: _____



Phone 407-877-9311/Fax: 321-247-5347

PO Box 608432 Orlando FL 32860

Tax ID: 59-3503974

Patient Name: _____

DOB: _____

Dear _____ :

This letter will authorize you to write a copy, summary or narrative above and read the record as indicated by the checkmarks below as otherwise released confidential information. At this time I am requesting the following:

- ___ Complete medical record
- ___ Records of care from _____ to _____ only.
- ___ Records of care concerning the following condition(s): _____

- ___ Other, Please Specify _____

HIV/AIDS

I consent to the release of a positive or negative result for AIDS or HIV Infection, antibodies to AIDS, or infection with causative agent of AIDS with rest of my records.

Initials _____ Date: _____

Release of information to Healing the Children FL-GA inc.

Initials _____ Date: _____

Signature _____ **Date:** _____

Printed Name: _____