



PO Box 608432 Orlando FL 32860

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

Tax ID: 59-3503974

APLICACIÓN DE SOPORTE AUXILIAR.

Las solicitudes completadas deben incluir:

- Derivación de un profesional médico para apoyo auxiliar.
- Fotos: Solicitamos una fotografía del área afectada del niño; Es una condición médica visible. También proporcione una foto de su hijo; Una foto de la escuela o una foto de pasaporte 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.
- Si tiene seguro, pero su seguro no cubre el apoyo auxiliar necesario, proporciónenos una carta de denegación de apoyo.
- Las aplicaciones son válidas durante 3 meses. Si necesita más apoyo, deberá volver a presentar una solicitud

Aunque nos gustaría ayudar a todos los niños que necesitan tratamiento médico, los servicios son dependientes de fondos . 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 14 días su caso estará cerrado.

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

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

Requisitos de elegibilidad:

- Se debe completar una solicitud completa enviada a Healing the Children para ser revisada. Una vez que la solicitud se presente en su totalidad, se remitirá para su colocación.
- Los niños desde el nacimiento hasta los 18 años de edad son elegibles
- Los ciudadanos estadounidenses, la residencia y la no residencia son elegibles
- Los niños deben vivir dentro de nuestras ubicaciones gráficas (Florida o Georgia)

. Si HTC no puede ayudarlo, intentaremos proporcionarle referencias a agencias asociadas y fundaciones que puedan proporcionarle la asistencia necesaria.

Responsabilidad del paciente al ser aceptado en el programa:

- Todos los cambios en los ingresos financieros, seguros, número de teléfono de dirección o estado de cualquier tipo deben ser informados a nosotros inmediatamente.
- Es responsabilidad de la familia del paciente encontrar transporte hacia y desde las citas. Sin embargo, cuando haya fondos disponibles, HTC proporcionará apoyo para ayudar en el transporte.
- Se requiere que el paciente cumpla con las citas programadas si cancela o no se presenta a las citas programadas sin razón, puede no ser elegible para recibir asistencia adicional.
- Se requiere que se dé un aviso de 24 horas si no puede hacer una cita programada.
- Tenga en cuenta: Healing the Children proporcionará al paciente los resultados de las pruebas / notas de las visitas a solicitud de los padres. Será responsabilidad de los padres proporcionar esos registros a cualquier proveedor que no sea miembro / socio de Healing the Children directamente.

TODAS LAS APLICACIONES SON VÁLIDAS DURANTE 3 MESES. POR FAVOR, CONSERVE ESTAS PRIMERAS 2 PÁGINAS PARA SUS REGISTROS.

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

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Email: _____

Teléfono: _____ celda: _____

Informacion medica:

Nombre medicos/therapista ordenando soporte auxiliar: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Dirección: _____

Tipo de soporte auxiliar necesario: _____

Diagnóstico médico: _____

Información del padre/tutor: ¿El paciente vive con ambos padres? Sí ___ No ___

Padre/Madre/Tutor Información:

1.Nombre de la madre: _____

Dirección: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Numero de telephone de empleador: _____

2.El nombre del Padre: _____

Dirección: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

números de teléfono del empleador: _____

Información financiera:

Ingreso mensual total (se requiere comprobante de ingresos): \$ _____

Gastos mensuales totales (alquiler, facturas de servicios públicos, pagos de automóviles, etc.):
\$ _____

Número de personas en el hogar: _____

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.

: ¿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.
