



**OFICINA DE SERVICIOS CENTRADOS EN LA FAMILIA (BFCS)
SOLICITUD DE SERVICIOS**

****Complete cada sección con la información más actualizada****

Si el solicitante es mayor de 18 años, se requiere su firma en todos los formularios. Si el solicitante tiene un tutor, presente una copia de los documentos legales.

Información del solicitante

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Dirección de residencia: _____
 Dirección postal: _____
 Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____
 Correo electrónico principal: _____ Correo electrónico secundario: _____
 Sexo asignado al momento del nacimiento: Masculino Femenino Elige no divulgar

Raza y etnia del solicitante

¿Es de origen hispano, latino o español?

- No, no soy de origen hispano, latino o español
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, mexicano, méxico-estadounidense, chicano
- Sí, de otro origen hispano, latino o español

¿Cuál es su raza?

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Indoamericana o nativa de Alaska
- India asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana

- Vietnamita
- Otra asiática
- Hawaiana nativa
- Guameña o chamorro
- Samoana
- Otra de islas del Pacífico

Idioma principal hablado en el hogar: _____ **Intérprete necesitado para:** Hablado Escrito

Lenguaje de señas americano

Ciudadano de los EE. UU.: Sí No **Residente legal:** Sí No

Información del hogar: personas que residen en el mismo hogar que el solicitante (marque todas las que correspondan)

El solicitante reside en el hogar con:

- Padres casados Padre/madre soltero/a Tutor o padres de acogida Padres/adultos no casados Abuelo(s)
- El solicitante es un adulto (18 o más) El solicitante está casado El solicitante no vive con sus padres/tutores

Nombre del padre/madre/tutor: _____ **Nombre del padre/madre/tutor:** _____

Hermanos menores de 18 años en el hogar

Cantidad de hermanos menores de 18 años que residen en el hogar _____ Cantidad de hermanos inscritos en la BFCS _____

Indique los hermanos inscritos en programas de la BFCS. Marque si están inscritos en Servicios Médicos Especiales (SMS) o en Socios en Salud (PIH)

Nombre: _____ Edad: _____ SMS PIH Nombre: _____ Edad: _____ SMS PIH

Nombre: _____ Edad: _____ SMS PIH Nombre: _____ Edad: _____ SMS PIH

Adjunte una lista con cualquier nombre adicional.

Otros servicios en los que el solicitante está inscrito ACTUALMENTE y que recibe ACTIVAMENTE

- Pagos del seguro social Servicios de educación especial Socios en Salud Servicios Médicos Especiales
- Agencia del área Apoyo y servicios tempranos WIC (Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)

Información del seguro médico

Medicaid: Sí No En trámite Número de Medicaid: _____

Organización de Atención Administrada (MCO): _____ Número de la MCO: _____

Otro nombre del seguro: _____ Número de póliza: _____ Identificación del grupo: _____

Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Relación: _____

Servicios de la BFCS que se solicitan

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinación de la atención médica | <input type="checkbox"/> Red de atención compleja | <input type="checkbox"/> Socios en Salud |
| <input type="checkbox"/> Evaluación del desarrollo infantil | <input type="checkbox"/> Nutrición, alimentación y deglución | |
| <input type="checkbox"/> Otro (explicar) _____ | | |

Diagnósticos actuales

Diagnósticos: _____

Derivado por:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médico de atención primaria: (MD/FP/NP) | <input type="checkbox"/> Distrito escolar/enfermería escolar | <input type="checkbox"/> Salud en el hogar/pública | <input type="checkbox"/> VNA |
| <input type="checkbox"/> Otro tipo de proveedor de atención médica | <input type="checkbox"/> Apoyo y servicios tempranos | <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Servicios Médicos Especiales |
| <input type="checkbox"/> Programa de especialidad fuera del estado | <input type="checkbox"/> Agencia del área | <input type="checkbox"/> Socios en Salud | <input type="checkbox"/> NH Family Voices |
| <input type="checkbox"/> Médico especialista | <input type="checkbox"/> Programa de nutrición | <input type="checkbox"/> Padre/madre | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Amigo | |

Proveedores y servicios del solicitante

PROVEEDOR/ESPECIALISTA	NOMBRE DEL PROVEEDOR	OFICINA/DIRECCIÓN	TELÉFONO
Proveedor de atención primaria			
Especialista			
Especialista			
Especialista			
Odontólogo			
Apoyo y servicios tempranos			
Educador/docente de educación especial			
Terapeuta del habla			
Fisioterapeuta			
Terapeuta ocupacional			
Personal de enfermería escolar			
Agencia del área			
Servicios de atención en el hogar			
Proveedores de equipos			

Gracias por completar la solicitud de la BFCS

Nombre en letra de imprenta
Padre/madre/tutor/solicitante (18 o más)

Firma
Padre/madre/tutor/solicitante (18 o más)

Fecha de la firma

La firma anterior certifica que toda la información proporcionada en la solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Soy consciente de que cualquier información errónea intencional puede resultar en acciones legales contra mí debido a que la BFCS recibe fondos de fuentes estatales y federales. También soy consciente de que la BFCS puede usar otros datos o recursos estatales para verificar la información proporcionada en esta solicitud.

Entregar solicitud firmada a: BFCS, 129 Pleasant St– Thayer, Concord NH 03301 o BFCS@dhhs.nh.gov

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del estado de New Hampshire no discrimina por motivos de raza, credo, color, edad, afiliación política, religión, nacionalidad o discapacidad. No habrá discriminación ilegal en la aceptación o la prestación de servicios.