



Special Medical Services (Servicios médicos especiales, SMS)



Programa del Título V de NH para niños con necesidades especiales de asistencia sanitaria.

SMS ofrece programas y servicios sanitarios para niños y jóvenes desde el nacimiento hasta los 21 años, que tengan, o corran riesgo de tener una enfermedad crónica, una discapacidad o una necesidad de asistencia sanitaria especial, y sus familias.

LOS SERVICIOS DE SMS NO TIENEN NINGÚN COSTO PARA LAS FAMILIAS

Llene la solicitud de SMS y marque las casillas de los servicios solicitados.

Tipos de servicios que ofrece SMS

Coordinación de asistencia sanitaria

Coordinadores de asistencia sanitaria especializados colaboran con las familias para planificar y obtener servicios médicos y servicios relacionados necesarios para sus hijos con una enfermedad crónica o una discapacidad. Los coordinadores de asistencia sanitaria evalúan y supervisan las necesidades de asistencia sanitaria relacionándose con las familias, los proveedores de asistencia sanitaria, los organismos de la comunidad y las escuelas. Apoyan a las familias y las pueden ayudar a buscar y usar recursos sociales, psicológicos, educativos, médicos y económicos según sean necesario.

Clínica neuromuscular

Ofrece el enfoque de un equipo clínico especializado que incluye visitas programadas a la clínica y coordinación de asistencia sanitaria (ver arriba) para niños con discapacidades físicas relacionadas con retrasos de coordinación importantes de origen ortopédico, neurológico, muscular y motor.

Programa de nutrición, alimentación y deglución

Provee una red estatal de nutricionistas infantiles y profesionales en el área de alimentación y deglución, que ofrecen consulta y evaluación domiciliaria y en la comunidad.

Servicios de Apoyo Familiar por medio de Partners in Health (Socios en Salud, PIH) (adjuntar la

Evaluación de la familia de PHI por separado)

Los coordinadores de apoyo familiar colaboran con las familias para materializar y lograr los objetivos individuales. Los objetivos ayudan a las familias a manejar el efecto de la enfermedad crónica de un niño y mejorar la situación en el hogar, la escuela y la comunidad. Las familias tienen acceso a recursos, fondos, grupos de apoyo, educación, actividades sociales.

Red de atención compleja

Un modelo de asesoramiento para evaluar a niños con enfermedades crónicas y complejas, que se beneficiarían de asistencia que abordara sus problemas de salud y sus necesidades educativas. La evaluación por única vez puede ser con un proveedor individual, como consulta en grupo o una cita en la clínica. El equipo cuenta con un pediatra especializado en desarrollo infantil, un fisioterapeuta, un educador y un especialista en alimentación y deglución, según corresponda.

Clínica de desarrollo infantil

Evaluación diagnóstica integral por única vez para ayudar a las familias que tienen niños con problemas/diferencias de desarrollo y de conducta. Los evaluadores clínicos ayudarán a las familias a tomar decisiones fundamentadas con respecto a las necesidades médicas, del desarrollo y educativas.

Servicio opcional

Ayuda económica: la ayuda económica se refiere al pago de servicios relacionados con la salud conforme a la lista de tarifas de SMS. Adjuntar la página de ayuda económica y la documentación que se debe examinar para recibir servicios.

*Todas las solicitudes se examinan el plazo de 60 días para determinar si el solicitante cumple los requisitos de elegibilidad de los programas solicitados.

*Una vez que se haya examinado la solicitud, se enviará por correo una notificación de elegibilidad seguida de un contacto telefónico por parte de un coordinador del programa para hablar sobre la disponibilidad de inscripción en los programas de SMS del solicitante.

*Si tiene otras preguntas o inquietudes sobre la solicitud o los servicios de SMS, puede comunicarse con nuestro número de llamada gratuita 1-800-852-3345 ext. 4488.



SPECIAL MEDICAL SERVICES (SMS) - SOLICITUD PARA TODOS LOS SERVICIOS



SOLICITUD PARA Menor de 18 años Persona (mayor de 18 años)

Complete cada sección con la información más actualizada

Si el solicitante es mayor de 18 años, debe firmar todos los formularios; si el solicitante tiene un tutor, se debe presentar una copia del documento legal.

Información del solicitante

Nombre del solicitante Fecha de nacimiento Edad Sexo
Dirección del domicilio
Dirección postal
Teléfono principal Teléfono secundario
Correo electrónico principal Correo electrónico secundario

Raza y origen étnico de los solicitantes:

- No hispano, latino ni de origen español
De Puerto Rico
Cubano
Mexicano, mexicano estadounidense, chicano
De otra etnia hispana, latina o de origen español
Blanco
Negro o afroamericano
Indígena americano/nativa de Alaska
Indio asiático
Otra etnia isleña del Pacífico
Filipino
Vietnamita
Samoano
Otro asiático
Guamano o chamorro
Japonés
Coreano
Nativo de Hawai
Chino

Información del núcleo familiar - Las personas que viven en la misma casa con el solicitante (marque todo lo que corresponda)

Idioma principal que se habla Se necesita intérprete
Ciudadano de EUA
El solicitante vive en este tipo de hogar (con adultos indicados como 1 y2)
La relación del adulto con el solicitante es:

Nombre del adulto 1 Nombre del adulto 2

Hermanos en el hogar (menores de 18 años)

Nombre: Edad: Nombre: Edad:
Nombre: Edad: Nombre: Edad:

Cuántos hermanos menores de 18 años viven en el hogar Cantidad de hermanos menores de 18 años inscritos en SMS

Otros servicios en los que el solicitante esté inscrito ACTUALMENTE y reciba ACTIVAMENTE

- Pagos de SSI Organismo del área WIC
Educación especial Servicios y apoyos iniciales
SMS

Información del seguro

Medicaid Número de Medicaid
MCO N.º de MCO
Nombre del seguro N.º de póliza ID del grupo
Suscriptor FDN Relación

Servicios de SMS solicitados (nuevo o inscrito actualmente)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinación de asistencia sanitaria | <input type="checkbox"/> Clínica neuromuscular | <input type="checkbox"/> Servicios de nutrición, alimentación y deglución |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de desarrollo infantil | <input type="checkbox"/> Red de atención compleja | <input type="checkbox"/> Partners in Health/Apoyo Familiar (<i>adjuntar la evaluación familiar de PIH con la solicitud</i>) |
| <input type="checkbox"/> Otro (<i>explicar</i>) | | |

Diagnóstico actual

Diagnóstico

Descripción:

Información de remisión del programa

- | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médico de atención primaria (MD/FP/NP) | <input type="checkbox"/> Médico especialista | <input type="checkbox"/> Organismo del área | <input type="checkbox"/> Hospital |
| <input type="checkbox"/> Otro tipo de proveedor de atención médica | <input type="checkbox"/> Distrito escolar/enfermero/a | <input type="checkbox"/> Programa de Nutrición | <input type="checkbox"/> PIH |
| <input type="checkbox"/> Programa especializado fuera del estado | <input type="checkbox"/> Servicios y apoyos iniciales | <input type="checkbox"/> Hogar/Salud pública | <input type="checkbox"/> Padres/amigo |

Nombre del organismo de remisión y la persona

Proveedores y servicios de los solicitantes (complete en lo que usted compete)

PROVEEDOR/ESPECIALISTA	NOMBRE DEL PROVEEDOR	CONSULTORIO/OFICINA/DIRECCIÓN	TELÉFONO
Médico de atención primaria/PCP			
Especialista			
Médico/especialista			
Médico/especialista			
Médico/especialista			
Dentista			
Apoyos y servicios iniciales			
Educador especial/maestro			
Foniatra			
Fisioterapeuta/ergoterapeuta			
Enfermero/a escolar			
Organismo del área			
Servicios de atención domiciliaria			
Proveedores de equipos			

****Usted completó la solicitud de SMS, la solicitud es válida para todos los programas de SMS por 1 año a partir de la fecha de la firma. ****

Nombre en imprenta (*Padre/madre/persona si es mayor de 18 años*) **Firma** (*Padre/madre/persona si es mayor de 18 años*) **Fecha de la firma**

La firma anterior certifica que toda la información presentada en la solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que cualquier declaración falsa deliberada puede dar lugar a una acción legal en mi contra dado que SMS recibe financiación de fuentes estatales y federales. También comprendo que SMS puede usar otros datos o recursos estatales para verificar la información que se presenta en esta solicitud.

Devolver la solicitud firmada a: DHHS/Special Medical Services, 129 Pleasant St, Thayer Bldg, Concord NH 03301

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire no discrimina en función de la raza, credo, color, sexo, edad, filiación política, religión, nacionalidad ni discapacidad. No habrá discriminación ilegal para aceptar o prestar servicios.



Ayuda económica de SMS (servicio opcional solicitado)

SMS ofrece ayuda económica para auxiliar con algunas facturas médicas. La ayuda se presta después de que se hayan agotado todos los demás seguros y recursos. La elegibilidad para recibir ayuda se determina mediante los ingresos y recursos del núcleo familiar. Los pagos se hacen de acuerdo a las tarifas de Medicaid NH y deben corroborar/estar relacionado con el diagnóstico médico del solicitante.



Núcleo familiar	Solicitante	Adulto 1	Adulto 2
Nombre de la persona cuyos ingresos se declaran			
Ingresos brutos devengados (total mensual) <i>Presente verificación o declaración escrita para respaldar la información presentada</i>			
Empleado: Monto bruto total del mes anterior/actual de pago (semanal ~ 4 recibos de pago y quincenal ~ 2 recibos de pago) O			
Empleo por cuenta propia: Formulario fiscal 1040 del año anterior, Anexo C			
Ingreso bruto no salarial (total mensual) <i>Presente verificación o declaración escrita para respaldar la información presentada</i>			
Seguridad social/discapacidad (SSI/SSA)			
Manutención de menores/pensión alimenticia recibida/alquiler			
Subsidio de desempleo (copia del cheque)			
Ayuda en efectivo (es decir, TANF /FAP/APTD/ANB)			
Pensión/beneficios de VA			
Dividendos/interés (fideicomiso/anualidad/ pago de beneficios)			
Saldo actual de recursos accesibles <i>Presente verificación o declaración escrita para respaldar la información presentada</i>			
Cuentas corrientes			
Ahorros			
Acciones/bonos de ahorro/CD/fondo de inversión mutua			
Fondos fiduciarios (se requiere una copia EXCEPTO un fideicomiso para necesidades especiales o SNT)			
Gastos por su propia cuenta (total mensual) <i>Presente verificación o declaración escrita para respaldar la información presentada</i>			
Primas del seguro de salud o dental:			
Manutención de menores por orden judicial (pagados por fuera del NF)			
Gastos de atención infantil del hogar			
Dieta de alimentos especiales debido a una enfermedad			

Nombre en imprenta del padre/madre/tutor	Firma del padre/madre/tutor	Fecha de la firma
--	-----------------------------	-------------------

La firma anterior certifica que toda la información presentada en la solicitud de SMS es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que cualquier declaración falsa deliberada puede tener como consecuencia una acción legal en mi contra dado que Special Medical Services recibe financiación de fuentes estatales y federales. También confirma que entiendo que SMS puede usar otros datos o recursos estatales para verificar la información que se presenta en esta solicitud.

Evaluación de la familia de Partners in Health (PIH)

Impacto de la dolencia

- ¿Se prevé que la dolencia dure 1 año o más? Sí No
- La dolencia requiere consultas frecuentes al PCP/especialista Sí No
- Afecta significativamente las funciones emocionales, sociales y físicas cotidianas Sí No
- Afecta significativamente las funciones cotidianas relativas a la familia, la escuela y la comunidad Sí No

]Gastos del núcleo familiar

- Tipo de vivienda** Vivienda propia Alquiler Ayuda con el alquiler Compartida En situación de calle
- Tipo de servicios público** Línea fija Eléctrico Sí No
- Tipo de teléfono Celular
- Tipo de calefacción Gas/Propano Madera/Pélet Aceite
- Transporte Auto propio Auto prestado Amigo/familia Público (*autobús/taxi/uber*)

Evaluación:

Indicar las necesidades, objetivos, fortalezas de la familia con la persona responsable y el plazo para llevarla a cabo.