MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH & SENIOR SERVICES
BUREAU OF SPECIAL HEALTH CARE NEEDS
ENROLLMENT INFORMATION
MINISTARSTVO ZDRAVSTVA I ZBRINJAVANJA STARIJIH OSOBA MISSOURIJA
URED ZA SPECIJALNE ZDRAVSTVENE POTREBE
INFORMACIJE ZA UČLANJIVANJE

READ INSTRUCTIONS ON REVERSE FIRST. PLEASE PRINT LEGIBLY IN BLACK INK.
NAJPRIJE PROČITAJTE UPUTE NA POLEĐINI MOLIMO, PIŠITE ČITKO CRNOM TINTOM

INITIAL CONTACT
☐ PRVI KONTAKT
REFERRAL DATE
☐ DATUM UPUĆIVANJA _____
APPLICATION DATE
☐ DATUM PODNOŠENJA MOLBE _____

DCN

SECTION A - PARTICIPANT INFORMATION
ODJELJAK A - PODACI O PODNOSITELJU

1. NAME (LAST, FIRST, MIDDLE) IME (PREZIME, IME, SREDNJE IME)
2. DATE OF BIRTH DATUM ROĐENJA
3. SOCIAL SECURITY NUMBER BROJ
4. ADDRESS (STREET, CITY, STATE, ZIP) ADRESA (ULICA, GRAD, DRŽAVA, ZIP)
5. COUNTY OKRUG
6. HOME TELEPHONE TELEFON KOD KUĆE
7. SEX SPOL
8. RACE RASA
9. PARTICIPANT/FAMILY DAYTIME PHONE TELEFON PODNOSITELJA/OBITELJI PO DANU
10. LOCAL PHYSICIAN NAME AND ADDRESS IME I ADRESA LOKALNOG LIJEČNIKA
11. SPECIALIST PHYSICIAN NAME AND ADDRESS IME I ADRESA LIJEČNIKA SPECIJALISTE
12. SOURCE OF REFERRAL (CHECK ONE) IZVOR UPUĆIVANJA
    - PHYSICIAN ☐ LIJEČNIK
    - HOSPITAL ☐ BOLNICA
    - STATE AGENCIES ☐ DRŽAVNE AGENCIJE
    - MEDICAID/EPSDT ☐ MEDICAID
    - COMMUNITY ☐ ZAJEDNICA
    - SELF/FAMILY/FRIEND ☐ OSOBNO/OBITELJ/PRIJATELJ
    - OUT OF STATE ☐ IZVAN DRŽAVE

SECTION B - FAMILY INFORMATION (LIST ALL PERSONS LIVING IN HOUSEHOLD AND DEPENDENT UPON INCOME)
ODJELJAK B - PODACI O OBITELJI (NAVEDITE SVE OSOBE KOJE ŽIVE U VAŠEM KUĆANSTVU I OVISNE O PRIHODU)

NAME (LAST, FIRST, MIDDLE) 13. IME (PREZIME, IME, SREDNJE IME)	SOCIAL SECURITY NUMBER 14. BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA	DATE OF BIRTH 15. DATUM ROĐENJA	RELATIONSHIP 16. SRODSTVO	ON BSHCN 17. NA BSHCN

18. DOES THE PARTICIPANT HAVE A COURT APPOINTED GUARDIAN/CUSTODIAN? DA LI PODNOSITELJ IMA SUDSKI IMENOVANOG TUTORA/SKRBNIKA?
    YES ☐ DA NO ☐ NE
    IF YES, PLEASE GIVE COMPLETE NAME AND ADDRESS AKO IMA, UPIŠITE IME I ADRESU ▶
    NAME AND ADDRESS IME I ADRESA
19. ALTERNATE CONTACT NAME DRUGO IME ZA KONTAKT
20. TELEPHONE NUMBER BROJ TELEFONA

SECTION C - FINANCIAL RESOURCES
ODJELJAK C - IZVOR FINANCIJA

21. INCOME SOURCE (CHECK ALL THAT APPLY) IZVOR PRIHODA (OZNAČITE SVE PRIMJENJIVO)
    - SSI ☐ SSI
    - SSDI ☐ SSDI
    - GENERAL RELIEF ☐ OPĆA POMOĆ
    - EMPLOYER ☐ POSLODAVAC
    - VETERAN'S ADMINISTRATION ☐ VETERANSKA UPRAVA
    - SELF EMPLOYED ☐ PRIVATNI PODUZETNIK
    - OTHER ☐ OSTALO_____

22. Did you file Federal/State Income Tax Form? ☐ YES ☐ NO
    If yes, List amount of adjusted gross income from 19_____Income Tax Form $_____
    Attach a copy of the Income Tax Form. Do Not Send W-2. If no copy available, you should obtain duplicate by calling 800/829-1040 and send when received.
    If No, Why did you not file? ☐ not required to file ☐ requested extension of filing date (attach copy) ☐ Other_____
23. Has family income changed since filing Income Tax? ☐ YES ☐ NO Date of change_____Estimate this year's current income_____
24. Did you receive or make child support payments? ☐ YES ☐ NO Total amount received yearly $_____ Total amount paid yearly $_____
22. Da li ste popunili Federalni/Državni porezni obrazac? ☐ DA ☐ NE
    Ako jeste, navedite ukupan iznos poreza na prihod za 19_____ r. $ _____
    Priložite kopiju Poreznog obrasca. Nemojte slati W-2, Ako nemate kopiju, trebate pribaviti duplikat pozivom na 800/829-1040, te ga poslati kada ga primite.
    Ako niste, zašto niste predali Obrazac?
    ☐ nije bilo potrebno predavati ☐ traženo produljenje roka za predaju (priložite kopiju) ☐ Ostalo_____
23. Da li se obiteljski prihod promijenio od podnošenja Obrasca? ☐ DA ☐ NE Datum promjene _____
    Procjena ovogodišnjeg trenutnog prihoda. _____
24. Da li ste primali ili davali potporu za dijete? ☐ DA ☐ NE Ukupno primljeno godišnje $ _____
    Ukupno plaćeno godišnje $ _____

25. INSURANCE STATUS (CHECK ALL THAT APPLY) STATUS OSIGURANIKA (OZNAČITE SVE PRIMJENJIVO)
    - NONE ☐ NEMA
    - MEDICAID # ☐ MEDICAID #_____
    - MEDICARE # ☐ MEDICARE #_____
    - PRIVATE INSURANCE (NAME) ☐ PRIVATNO OSIGURANJE (NAZIV)
    - VETERAN'S ADMINISTRATION ☐ VETERANSKA UPRAVA
    - OTHER (PLEASE SPECIFY) ☐ OSTALO (MOLIMO NAVEDITE)_____

SECTION D - SERVICES REQUESTED/NEEDED
ODJELJAK D - USLUGE TRAŽENE/POTREBNE

_____
_____
_____
_____
_____

SECTION E - AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION
ODJELJAK E - OVLAŠTENJE ZA DAVANJE PODATAKA

Application is made for admission of the above named participant to the Bureau of Special Health Care Needs Section 201.040 & 191 RSMo. I authorize BSHCN to release or obtain information to or from any agencies which are participating in the treatment and care plan for the applicant. The information on this application form may be exchanged with agencies that administer relevant or applicable programs. I consent to the release of personal, financial, and medical information from this application form and supporting documents to the agencies that administer relevant or applicable programs for establishing and verifying eligibility and for performing evaluations. I understand that the agencies that administer such programs will maintain confidentiality of this information according to the applicable laws. I have been informed that BSHCN provides care on a nondiscriminatory basis as required by Title VI of the Civil Rights Act of 1964. I understand BSHCN eligibility will not be considered until all information has been received by the BSHCN area office. I understand that intentionally making a false or misleading statement or intentionally misrepresenting, concealing or withholding facts may result in repaying in cash the value of benefits received. I understand any medical insurance benefits I may receive for services authorized by BSHCN may be forwarded to the provider of service(s). I must cooperate with the providers of service and BSHCN in giving all information concerning trust funds, legal actions, settlements and third party payors i.e., medical insurance, Medicaid etc. I understand if I receive money from a third party or insurance related to the injury, disability or disease, Children with Special Health Care Needs shall be reimbursed for the amount expended. I have been advised and understand my rights and responsibilities under BSHCN. All the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

Upitnik je sastavljen za uvrštenje gore navedenog podnositelja za Ured za specijalne zdravstvene potrebe, Odjel 201.040 & 191 RSMo. Ovlašćujem BSHCN da daje ili dobiva podatke u ili iz agencija koje sudjeluju u liječenje planu za njegu podnositelja. Podaci sa ovog obrasca mogu se izmjenjivati sa agencijama koje propisuju relevantne ili primjenjive programe. Pristajem na davanje osobnih, financijskih i medicinskih podataka iz ovog obrasca i priloženih dokumenata agencijama koje propisuju relevantne ili primjenjive programe za ustanovljavanje i provjeru podobnosti i za obavljanje procjena. Svjestan sam da će agencije koje primjenjuju takve programe očuvati povjerljivost ovih podataka prema primjenjivim zakonima. Obaviješten sam da BSHCN osigurava skrb bez diskriminacije prema zahtjevu iz Točke VI Zakona o građanskim pravima iz 1964. Shvaćam da se podobnost za BSHCN neće razmatrati prije nego u područni ured BSHCN budu dostavljeni svi podaci. Shvaćam da namjerno dana neistinita ili zavaravajuća izjava ili namjerno pogrešno protumačene, prikrivene ili zadržane činjenice mogu imati za rezultat gotovinski povrat primljenih povlastica. Shvaćam da svaka povlastica zdravstvenog osiguranja koju koristim za usluge po odobrenju BSHCN može biti proslijeđena davatelju usluge. Moram surađivati sa davateljima usluga i sa BSHCN davanjem svih podataka koji se odnose na zaklade, zakonskih postupaka, nagodbi i plaćanja treće strane, tj. zdravstvenog osiguranja, Medicaid, itd. Shvaćam da će ako za povredu, invalidnost ili bolest primim novac od treće strane ili od osiguranja, Children with Special Care Needs (Djeca sa potrebama posebne skrbi) dobiti povrat potrošenog iznosa. BSHCN me je obavijestio o mojim pravima i odgovornostima i objasnio mi ih. Svi podaci koje sam dao su, prema mome saznanju, točni.

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN 27. POTPIS RODITELJA/TUTORA	SIGNATURE OF PARTICIPANT 18 OR OLDER 28. POTPIS PODNOSITELJA 18 GOD. ILI STARIJEG	DATE 29. DATUM

MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH & SENIOR SERVICES
BUREAU OF SPECIAL HEALTH CARE NEEDS (BSHCN)
ENROLLMENT INFORMATION
MINISTARSTVO ZDRAVSTVA I ZBRINJAVANJA STARIJIH OSOBA MISSOURIJA
URED ZA SPECIJALNE ZDRAVSTVENE POTREBE
INFORMACIJE ZA UČLANJIVANJE

READ INSTRUCTION BEFORE COMPLETING FORM
PRIJE POPUNJAVANJA OBRASCA PROČITAJTE UPUTE

SECTION A - PARTICIPANT INFORMATION
ODJELJAK A - PODACI O PODNOSITELJU

Enter participant's name (last, first, middle).
1. Upišite ime podnositelja (prezime, ime, srednje ime).
Enter participant's date of birth.
2. Upišite datum rođenja podnositelja.
Enter participant's Social Security number.
3. Upišite broj Socijalnog osiguranja podnositelja.
Enter address (street, city, state, zip) where participant lives.
4. Upišite adresu (ulica, grad, država, zip) gdje podnositelj živi.
Enter county where participant lives.
5. Upišite pokrajinu u kojoj podnositelj živi.
Enter telephone number where participant lives.
6. Upišite broj telefona gdje podnositelj živi.
Enter participant's sex.
7. Upišite spol podnositelja.
Enter participant's race (W - White, B - Black, A - Asian, NA - Native American, H - Hispanic, O - Other/Pacific Islander).
8. Upišite rasu podnositelja (W-bijelac, B-crnac, A-Azijac, NA-američki Indijanac, H-latinoamerikanac, O-ostalo/Pacifički otoci.
Enter participant/family daytime/work telephone number.
9. Upišite telefon podnositelja/obitelji po danu.
Enter local physician name and address where participant receives his/her basic care (immunizations, etc.)
10. Upišite ime i adresu lokalnog liječnika gdje podnositelj ostvaruje osnovnu zdravstvenu zaštitu (cijepljenja, itd.).
Enter physician name and address where participant receives his/her specialized care.
11. Upišite ime i adresu lokalnog liječnika gdje podnositelj ostvaruje osnovnu zdravstvenu zaštitu (cijepljenja, itd.).
Source of referral - check the box which best describes the person, agency, etc., that suggested you contact BSHCN for assistance.
Physician, Hospital, Medicaid/EPSDT, State Agency (Department of Health, Department of Social Services, Department of Mental Health, etc.), Community (Private agency, school, local health department, etc.), self/family/friend, or out of state.
12. Izvor upućivanja - označite ono što najbolje opisuje osobu, agenciju, itd. koja Vam je predložila BSHCN pomoć. Liječnik, bolnica, Medicaid/EPSDT, državne agencije (Ministarstvo zdravstva, Ministarstvo socijalne skrbi, Ministarstvo za mentalno zdravlje, itd.), zajednica(privatna agencija, škola, lokalni odjel za zdravstvo, itd.), osobno/obitelj/prijatelj ili izvan države.

SECTION B - FAMILY INFORMATION - LIST ALL PERSONS LIVING IN HOUSEHOLD
ODJELJAK B - PODACI O OBITELJI - NAVEDITE SVE OSOBE KOJE ŽIVE U VAŠEM KUĆANSTVU

Enter name of other individuals living in same household as participant. Adult participants need not list parent(s) names.
13. Upišite imena drugih osoba koje žive u istom kućanstvu sa podnositeljem. Odrasli podnositelji ne trebaju navoditi imena roditelja.
Enter Social Security number of other individuals living in the same household as participant
14. Upišite broj socijalnog osiguranja drugih osoba koje žive u istom kućanstvu sa podnositeljem.
Enter Date of Birth of other individuals living in the same household as participant.
15. Upišite datume rođenja drugih osoba koje žive u istom kućanstvu sa podnositeljem.
Enter Relationship of other individuals living in the same household with the participant.
16. Upišite srodstvo sa drugim osobama koje žive u istom kućanstvu sa podnositeljem.
If this individual receives services from the Bureau of Special Health Care Needs (BSHCN) check the "BSHCN" column.
17. Ako ta osoba prima usluge Ureda za posebnu zdravstvenu skrb (BSHCN) označite stupac "BSHCN".
If the participant has a court appointed guardian/custodian check "Yes" and enter their name, address, and telephone number.
18. Ako podnositelj ima sudski određenog tutora/skrbnika označite "DA" i upišite njihovo ime, adresu i broj telefona.
Enter name of an alternate contact - someone not in this household who will know how to get in touch with you.
19. Upišite drugo ime za kontakt - nekoga tko nije u tom kućanstvu i tko će znati kako stupiti sa Vama u kontakt.
Enter telephone number of alternate contact person.
20. Upišite broj telefona druge osobe za kontakt.

SECTION C - FINANCIAL RESOURCES
ODJELJAK C - IZVORI FINANCIJA

Income Source - Check the box(es) which describe your source of income.
21. Izvor prihoda - ozačite sve kvadratiće koji opisuju Vaše izvore prihoda.
Check "Yes" if you filed a Federal/State Income Tax Form and list adjusted gross income. Attach a copy of the Federal/State Income Tax Form. **DO NOT SEND A W-2 FORM.** If you do not have a copy of the Income Tax Form call (800) 829-1040 to obtain an IRS 1722 Letter. Mail IRS 1722 Letter to the area office when it is received.
Check "No" if you did not file a Federal/State Income Tax Form and indicate the reason you did not file. (Attach copy of extension).
22. Označite "DA", ako ste popunili Federalni/Državni porezni obrazac i navedite ukupan iznos poreza na prihod Priložite kopiju Poreznog obrasca. **NEMOJTE SLATI OBRAZAC W-2,** Ako nemate kopiju, pozivom na 800/829-1040 ćete dobiti Dopis IRS 1722. Kada ga dobijete, pošaljite poštom Dopis IRS 1722 u područni ured.
Check "Yes" if the family income has changed since filing Income Tax. If income has changed, give date of change and enter this year's estimated income.
23. Označite "DA", ako se obiteljski prihod promijenio od podnošenja Obrasca . Ako se prihod promijenio unesite datum promjene i Procjenu ovogodišnjeg tekućeg prihoda.
Check "Yes" if you received or made child support payments. Indicate the amount received or paid this year.
Check "Yes" if participant is on Medicaid. Indicate participant's Medicaid Number.
Check "Yes" if participant is on Medicare. Indicate participant's Medicare Number.
Check "Yes" if participant is on SSI.
Check "Yes" if participant is covered by Medical Insurance. If yes, list name of medical insurance company.
24. Označite "DA", ako ste primali ili davali potporu za dijete. Navedite iznose primljene ili plaćene ove godine.
Označite "DA", ako je korisnik kod Medicaida. Naznačite korisnički broj Medicaida.
Označite "DA", ako je korisnik kod Medicarea. Naznačite korisnički broj Medicarea.
Označite "DA", ako je korisnik kod SSI.
Označite "DA", ako je korisnik pokriven Zdravstvenim osiguranjem. Ako jeste,, navedite naziv osiguravajuće kompanije.
Insurance Status - Check the box(es) which describe your insurance status.
25. Status osiguranika - označite kvadratiće koji opisuju Vaš Status osiguranika.

SECTION D - SERVICES REQUESTED/NEEDED
ODJELJAK D - USLUGE TRAŽENE/POTREBNE

Enter services desired.
26. Upišite usluge koje želite.

SECTION E - AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND APPLICANT SIGNATURE - MUST SIGN AND DATE HERE BEFORE THE APPLICATION WILL BE PROCESSED.
ODJELJAK E - OVLAŠTENJE ZA DAVANJE PODATAKA I POTPIS PODNOSITELJA MOLBE - MORA OVDJE POTPISATI I STAVITI DATUM PRIJE NEGO MOLBA BUDE RAZMATRANA

Signature of Parent/Guardian.
27. Potpis roditelja/tutora.
Participant eighteen (18) or older must sign the application. Parent/Guardian must sign along with participant eighteen (18) years or older when participant is listed on parent's Federal/State Tax form as a dependent.
28. Podnositelj osamnaest (18) god. ili stariji mora potpisati molbu. Potpis roditelja/tutora mora biti pored potpisa podnositelja osamnaest (18) god. ili starijeg kada je podnositelj naveden na Federalnom/Državnom poreznom obrascu kao član obitelji.
Enter date of participant/guardian Signature.
29. Upišite datum potpisivanja podnositelja/ tutora.