MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH -- DEPARTAMENTO DE SALUD DE MISSOURI
BUREAU OF SPECIAL HEALTH CARE NEEDS -- DIVISIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD

ENROLLMENT INFORMATION-- INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN _____initial contact/inicial

Read instructions on reverse first, please print legibly in black ink ____referral date/fecha de ref_____

Lea instrucciones al reverso primero, imprima legible con tinta negra por favor ___Application date

SECTION A-PARTICIPANT INFORMATION/ INFORMACION DEL PARTICIPANTE		DCN
1. NAME (LAST, FIRST, MIDDLE) / NOMBRE (Apellido, primer, segundo)	2. DOB/ Fecha de Nac..	3. Social Security no. - No. De Seguro Social
4. ADDRESS (Street, City, State, Zip) Domicilio (calle, ciudad, estado, cod postal)	5. COUNTY -- Condado	6. Home telephone-Teléfono de casa
	8. Race/Raza	9. Participant/family day phone/ No de telefono del participante/familia
10. Local physician name and address/Nombre y domicilio de medico local	11. Specialist physican name & adrress/nombre y domicilio de especialista medico	

12. Source of Referral (Check One)--Fuente de Referencia (Marque Uno) 9Physician/medico 9Hospital 9 State Agencies/Agencias estatales 9Medicaid/EPSDT 9Community/Comunidad 9Self/Family/Friend/Propio/familia/amistad 9Out of State/Fuera de Estado

SECTION B - FAMILY INFORMATION (LIST ALL OTHERS BESIDES PARTICIPANT LIVING IN HOUSEHOLD AND DEPENDENT UPON INCOME)
INFORMACION DE LA FAMILIA (Anote a todos aparte del participante quienes vivan en el mismo hogar y dependan del mismo ingreso)

13. Nombre (Apellido, 1er, 2o) Name	14. Relación Relation	15. Fecha de Nac. Date of Birth	16. SS#/No de Seguro Social Sec. Number / On/En	17. BSHCN

18. Does the Participant Have a Court Appointed Guardian/Custodian?)Tiene el Participante un Guardián designado por la Corte? __YES/SI __NO If yes, please give complete name & Address ≡ Si es así, por favor anote nombre completo y domicilio	Name, Address & Telephone Number -- Nombre, Domicilio y Numero de Teléfono
19. Alternate contact name & address -- Nombre alternativo y domicilio	20. Telephone number/No de teléfono

SECTION C - FINANCIAL RESOURCES -- RECURSOS FINANCIEROS

21. INCOME SOURCE (CHECK ALL THAT APPLY) -- Fuentes de Ingreso (Marque todos los que apliquen)

___SSI ___SSDI __General Relief-Alivio General ___Employer/Empleador ___Veteran=s Admin/Veterano __Empleo Propio ___Other/Otro Self Employed

22. Did you file Federal/State Income Tax Form? --)Completo Forma de Impuestos Federal/Estatal? _____ Yes/Si _____ No
If yes, list amount of adjusted gross income from Income Tax Form
Si contesto si, anote la cantidad de ingreso bruto ajustado del 19_____ Forma de Impuesto de Ingreso $

Attach a copy of the Income Tax Form you used to file your taxes (1040A, 1040EZ, Telefile, etc.). <u>Do Not Send W-2.</u>
Adjunte copia de la Forma que uso para sus impuestos (1040A, 1040EZ, Telefile, etc.) -- <u>No envie la forma W-2.</u>

If no copy available, you should obtain duplicate by calling 800-829-1040 and send when received.
Si no tiene copia, debe obtener un duplicado llamando al 800-829-1040 y enviarla al recibirla.

If no, Why did you not file? _____ not required to file requested extension of filing date (attach copy) Other
Si no,)Porque no completo sus impuestos? ___no se me requiere llenar ___solicite extensión (adjunte copia) _____ Otra

23. Has family income changed since filing Income Tax? Yes No Date of Change Estimate this year=s current income
)Ha cambiado su ingreso familiar desde que completo sus impuestos? ___Si __No Fecha del cambio_____Estime su ingreso este año_____

24. Did you receive or make child support payments? ___Yes ___No Total amount received yearly Total Paid
)Recibió o pago apoyo de niños? ___Si ___No
Total Anual recibido $_____ Total pagado$_____

25. INSURANCE STATUS (Check all that Apply) ESTATUS DE SEGURO (Marque todos los que apliquen)
__none/ninguno ___MEDICAID #_____ __MEDICARE # _____ ___Private Insurance/Seguro Privado __Veteran=s Administration/Veterano __ Otro (Please Specify/Indique)_____

SECTION D - SERVICES REQUESTED/NEEDED-- SERVICIOS SOLICITADOS/NECESITADOS

SECTION E - AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION --AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR INFORMACIÓN ****ESPAÑOL AL REVERSO*

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 suporting 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 undertand 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.

27. SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN Firma de padre/guardián	28. SIGNATURE OF PARTICIPANT 18 OR OLDER Firma de Participante Mayor de 18 años	29. DATE/Fecha

MO 580-0309 (2/01)

MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH -- DEPARTAMENTO DE SALUD DE MISSOURI
BUREAU OF SPECIAL HEALTH CARE NEEDS - DIVISION DE NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD

ENROLLMENT INFORMATION -- INFORMACION DE INSCRIPCIÓN

READ INSTRUCTIONS BEFORE COMPLETING FORM -- LEA INSTRUCCIONES ANTES DE LLENAR ESTA FORMA

SECTION A -- Participant information/ Información del participante

1. Enter participant=s name (last, first, middle)
   Anote nombre del participante (apellido, primer nombre, segundo)
2. Enter participant=s date of birth
   Anote fecha de nacimiento del participante
3. Enter participant=s Social Security Number.
   Anote numero de seguro social del participante
4. Enter address (street, city, state, zip) where participant lives
   Anote domicilio (calle, ciudad, estado, código postal) donde vive el participante
5. Enter county where participant lives
   Anote condado donde vive el participante
6. Enter telephone number where participant lives
   Anote el numero de teléfono donde vive el participante
7. Enter participant=s sex
   Anote el sexo del participante
8. Enter participant=s race (W-White, B-Black, A-Asian, NA-Native American, H - Hispanic, O- Other/Pacific Islander).
   Anote raza del participante (W-Blanco, B-Negro, A-Asiático, NA- Nativo de América, H-Hispano, - Otro/Islas Pacifica)
9. Enter participant/family daytime/work telephone number.
   Anote numero de teléfono de día/trabajo del participante/familia
10. Enter local physician name and address where participant receives his/her basic care (immunizations, etc)
    Anote nombre y domicilio del medico local donde recibe el participante su cuidado básico (inmunizaciones etc)
11. Enter physician name and address where participant receives his/her specialized care.
    Anote nombre y domicilio del medicio donde el participante recibe su cuidado especializado
12. Source of referral - check the box which best describes the person, agency, etc., that suggested you contact BSHCN for assistance. Physician, hosptial, Medicaid/EPSDT, State agency (Department of Health, Social Services, or Mental Health, etc.), Community (Private agency, school, local health department, etc) Self/family/friend, or out of state.
    Fuente de Referencia - marque la caja que mejor describa la persona/agencia etc. que sugerio que se comunicara con BSHCN para asistencia: Medico, hospital, Medicaid/EPSDT, Agencia estatal (Departamento de Salud, Servicios Sociales, o Salud Mental, etc.), Comunidad (Agencia privada, escuela, departamento de salud local etc) Propio/familia/amistad, o fuera de estado.

SECTION B- Family information- list all living in household - Información familiar - anote a todos los que vivan en la casa

13. Enter name of other individiauls living in same household as participant. Adult participants need not list parent(s) names.
    Anote nombres de otros individuos que vivan en la misma casa del participante. Participantes adultos no necesitan anotar los nombres de sus padre
14. Enter relationship of other individuals living in the same household as participant.
    Anote la relación de otros individuos que vivan en la misma casa que el participante
15. Enter Date of Birth of other individuals living in the same household as participant.
    Anote la fecha de nacimiento de los demás individuos que vivan en la misma casa que el participante
16. Enter social security number of other individuals living in the same household with the participant.
    Anote el numero de seguro social de otros individuos que vivan en la misma casa que el participante
17. If this individual receives services from the Bureau of Special Health Care Needs (BSHCN) check the >BSHCN= column
    Si este individuo recibe servicios de la División de Necesidades especiales de Salud (BSHCN) marque esta columna
18. If the participant has a court appointed guardian/custodian check Ayes and enter their name, address and telephone number.
    Si el participante tiene un guardián designado por la corte marque Asi@ y anote su nombre, domicilio y numero de teléfono
19. Enter name and address of an alternate contact - someone not in this household who will know how to get in touch with you
    Anote nombre y domicilio de un contacto alternativo - alguien que no viva en la misma casa quien sabrá comunicarse con usted
20. Enter telephone number of alternate contact person
    Anote el humero de teléfono de la persona alternativa de contacto

SECTION C- FINANCIAL RESOURCES - RECURSOS FINANCIEROS

21. Income Source - Check the boxes which describe your source of income

Fuente de Ingreso - Marque todos las que describan su fuente de ingreso

22. Check Ayes@ if you filed a Federal/State Income Tax Form and enter adjusted gross income. Attach a photocopy of the Income Tax Form you used to file your taxes (1040A, 1040EZ, Telefile, etc.) **DO NOT SEND A W-2 FORM.** If you do not have a copy of the Income Tax Form, obtain a copy from your tax preparer, local IRS office, or last resort call (800)829-1040 and ask for the IRS 1722 letter and send when received. Mail copy to area office when it is received. Check Ano@ if you did not file and indicate the reason you did not file. (Attach copy of extension.)
Marque Asi@ si usted completo su forma de Impuestos de Ingreso Federal/Estatal y anote su ingreso bruto ajustado. Adjunte una copia de la Forma de Impuesto que utilizo para sus impuestos (1040A, 1040EZ, Telefile, etc.) **NO ENVIE LA FORMA W-2.** Si no tiene la copia de la forma de impuestos, obtenga una copia de su preparador de impuestos, la oficina local del IRS, o por ultimo llame al (800)829-1040 y bida la carta IRS 1722 y cuando la reciba envie la copia a la oficina local. Marque Ano@ si no completo sus impuestos e indique porque no lo completo. (Adjunte copia de extension).

23. Check Ayes@ if the family income has changed since filing Income Tax Form. If yes, give date of change and enter this year=s estimated income.
Marque Asi@ si el ingreso familiar ha cambiado desde que completo su Forma de Impuestos. Si cambio, anote la fecha del cambio y anote el ingreso que estima para este año.

24. Check Ayes@ if you received or made child support payments. Indicate the amount received or paid this year.
Marque Asi@ si recibio o mando pagos para el mantenimiento de niño/s. Indique la cantidad recibida o pagada este año. Marque Asi@ si el participante tiene Medicaid, Medicare, SSI y/o tiene Seguro Medico y anote el numero de este

25. Insurance Status - Check the boxes which describe the participant=s insurance status.
Estatus de Aseguranza - Marque los lugares que describan el estatus de aseguranza del participante

SECTION D - SERVICES REQUESTED/NEEDED -- SERVICIOS REQUERIDOS/NECESITADOS

26. Enter Services Desired -- Anote los servicios deseados

SECTION E- AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION -- AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN

27. Signature of Parent/Guardian. // Firma del padre/guardian

28. Participant eighteen (18) or older must sign the application. Parent/Gaurdian must sign along with participant eighteen (18) years or older when participant is listed on parent=s Income Tax form as a dependent.
Participante de 18 años o mayor debe firmar la aplicación. Padre/Guardian debe firmar junto con el participante de 18 años o mayor cuando el participante se nombra como dependiente en la forma de impuestos del padre.

29. Enter date of parent/guardian participant signature// Anote la fecha en la cual firman padre/guardian participante.

Autorización para dar Información (inglés al reverso)

La aplicación se hace para la admisión del participante nombrado a la División de Necesidades Especiales de Salud Sección 201.040 & 191 RSMo. Yo autorizo a BSHCN a dar u obtener información para o de cualquier agencia quienes participen en el plan de tratamiento y cuidado del aplicante. La información en esta aplicación puede ser intercambiada con agencias que administren programas de acuerdo. Yo doy permiso de la entrega de información personal, financiera, y medica de esta forma y documentos adjuntos a agencias que administran programas de acuerdo para establecer y verificar elegibilidad y para completar evaluaciones. Yo comprendo que las agencias que administran tales programas mantendrán confidencialidad de esta información de acuerdo a leyes aplicables. Se me ha informado que BSHCN provee cuidado en base no discriminatorio como lo requiere el Titulo VI de la Ley de Derechos Civiles 1964. Yo comprendo que elegibilidad de BSHCN no se considerara hasta que toda la información haya sido recibido por la oficina local de BSHCN. Yo comprendo que el dar información falsa intencionalmente o dar una declaración mal entendida o intehcionalmente mal representando, ocultando, u mision de hechos puede resultar en repagar en efectivo el valor de beneficos recibidos. Yo comprendo que cualquier beneficio medico que pudiera recibir para servicios autorizados por BSHCN pueden ser enviados al proveedor de servicios. Yo debo cooperar con los proveedores de servicios y BSHCN al dar toda información referente a fondos de ahorros, acciones legales saldo y pagos de terceras personas por ejemplo: seguro medico, Medicaid, etc.. Yo comprendo que si recibo dinero de una tercera persona o seguro relacionado a la lesion, incapacidad, o enfermedad, Niños Con Necesidades Especiales de Salud serán reembolsados por la cantidad expendidos. Se me ha avisado y comprendo mis derechos y responsabilidades bajo BSHCN. Toda la información que he proveído es correcta a lo mejor de mi conocimiento.