

UNIVERSITY OF TEXAS  
AT ARLINGTON  
LIBRARY

OCT 24 2005

TEXAS  
DOCUMENT



## Children with Special Health Care Needs (CSHCN) Program



## Application Booklet 2nd Edition



[www.tdh.state.tx.us/cshcn/](http://www.tdh.state.tx.us/cshcn/)

Form T-3 Revised 4/15/04

**ProtectTexas™**  
Texas Department of Health



# How to Use This Booklet

In this booklet, the Children with Special Health Care Needs Program is called “**CSHCN**.” When you see these letters – **CSHCN** – we are talking about the Children with Special Health Care Needs Program of the Texas Department of Health (TDH).

This booklet has the facts and forms you will need to apply for **CSHCN**. There is space on the forms to apply all at once for more than one person in the same family. Here is what you will find:

**Before You Begin** .....This Page

**Basic Facts About CSHCN**.....Page 1

**How to Find Your Local Office of CSHCN and TDH** .....Page 4

**How to Apply for CSHCN** .....Page 6

**How to Fill Out the Forms to Apply for CSHCN**.....Page 7

**Blank Forms You Will Need to Apply for CSHCN**.....Page 13

**The Form a Doctor (or Dentist) Must Fill Out (the “PAF”)** .....Page 19

This booklet also has helpful general information about **CSHCN**. After you fill out the forms and tear them out to apply for **CSHCN**, you may want to keep the rest of this booklet.

## Before You Begin

**More Copies** - If you need more copies of this booklet, please visit or call your local **CSHCN** office. Or, you can contact **CSHCN**'s main office at:

**Texas Department of Health - CSHCN**  
**Bureau of Children’s Health**  
**1100 West 49th Street**  
**Austin, Texas 78756-3179**  
 Phone: 512-458-7355  
 Phone: (only if you call from within Texas) 1-800-252-8023

**Where to Get Help** - As you apply for **CSHCN**, you may have questions. Or, you may want help with the forms. The **CSHCN** office near you can help. To find it, see Page 4 of this booklet.

**Limits on Services** - **CSHCN** services may be limited.

**Waiting List** - There may be a waiting list for **CSHCN** services.

**About Our Services** - **CSHCN** will pay only for services provided by **CSHCN**-enrolled providers. **CSHCN** medical benefits must be medically necessary for the care and treatment of a person with a chronic physical or developmental condition. The person must be eligible for **CSHCN**. A provider must prescribe the medical benefits in compliance with all the laws and **CSHCN** rules and policies that apply.

# Basic Facts About CSHCN

HG  
93865  
J492  
2004

## A Family-Based Program

At CSHCN, we are "family-based." When we work with a client, we work with the whole family to help get all the available services for the client.

## Many Kinds of Services

CSHCN has many kinds of services to help clients and families. A key CSHCN service is case management. Your case manager will help you get other needed services. To get a case manager, call your local CSHCN office. (See Page 4 to find the CSHCN office near you.)

### Other CSHCN services include:

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| • Ambulance                    | • Insurance Premium Payment Assistance                                  |
| • Ambulatory Surgery           | • Meals, Lodging, and Transportation when needed to obtain medical care |
| • Care by Medical Specialists  | • Medicines   |
| • Dental Health Services       | • Mental Health Services  |
| • Diagnosis & Evaluation       | • Orthotics and Prosthetics   |
| • Equipment & Medical Supplies | • Outpatient Care (including Kidney Dialysis)                           |
| • Family Support Services      | • Physical & Occupational Therapy                                       |
| • Home Health Nursing          | • Primary & Preventive Care   |
| • Hospice Care                 | • Special Nutritional Products and Services                             |
| • Hospital Care                | • Speech and Hearing Services   |
| • Inpatient Rehabilitation     | • Vision Services   |

**Please Note: CSHCN may limit any of these services within program guidelines.**

## CSHCN Family Support Services

Family Support Services are called "FSS." FSS can help families care for their children with special health care needs. FSS can also help a child be more independent and more able to take part in family life and community activities. Some examples of FSS are respite care, minor home modifications, and vehicle lifts. There are some limits on the FSS that CSHCN can provide. The total costs for FSS cannot be more than \$3,600 per year for each CSHCN client. (Exceptions may be made for home or vehicle modifications.) Whenever CSHCN has a waiting list for health benefits, there may be further limits on FSS from CSHCN, too. To find out more, call your local CSHCN office or call 1-800-252-8023. See Page 4 to find the CSHCN office near you.

## Who Can Get CSHCN Services?

When you apply for CSHCN, we look carefully at all the forms and paperwork you send us. If we can accept you into CSHCN, we say you are “eligible.” You are then called a “CSHCN client.” If we have to put you on a waiting list, and you cannot get services right away, you are still eligible for CSHCN. And you are still a CSHCN client.

**A person can become a CSHCN client if he or she:**

- Lives in Texas (as a bona fide resident); and
- Is (1) under 21 years old or (2) any age with a diagnosis of cystic fibrosis; and
- Meets CSHCN financial criteria for the whole family (for income levels, please check with your local office or visit the CSHCN Web site); and
- Meets CSHCN medical criteria; that is, has a chronic physical or developmental condition that:
  - ▶ will last or is expected to last for at least 12 months; and
  - ▶ results or, if not treated, may result in limits to one or more major life activities; and
  - ▶ requires health and related services of a type or amount beyond those required by children generally; and
  - ▶ has a physical (body, bodily tissue or organ) manifestation that may exist with accompanying developmental, mental, behavioral, or emotional conditions; but
  - ▶ is not solely a delay in intellectual development or solely a mental, behavioral, and/or emotional condition.

## How to Stay on CSHCN

**To stay on CSHCN, every CSHCN client must reapply every 6 months.** Every 6 months, you must fill out a new set of forms and send them in with all of the other paperwork that CSHCN requires. You will need to send proof of birth only once: the first time you apply for CSHCN. Once a year (not every 6 months), you must make sure your doctor (or in some cases, dentist) fills out the CSHCN Physician/Dentist Assessment Form (called the “PAF”). You must attach the PAF when you reapply. The form has a CSHCN Medical Certification Definition. For someone to be eligible for CSHCN, his or her doctor (or dentist) must answer “yes” to a question on the PAF. The question asks if the person who is applying for CSHCN meets the Medical Certification Definition. The form also has questions about how ill the person who wants CSHCN may be.

## The CSHCN Waiting List

Whenever our funds are limited, CSHCN has a waiting list for health care benefits. Those on the waiting list are new clients and any clients who did not reapply before their eligibility ran out.

To keep your spot on the waiting list, you must reapply before your eligibility expires. If CSHCN does not get your application until after your eligibility runs out, we may still be able to approve your application (or your child’s). But your name (or your child’s) will be put farther down on the waiting list.

When CSHCN has enough funds, some clients’ names can be taken off the waiting list. Those clients can then get services through CSHCN. When a client’s name can come off

the waiting list depends on: 1) the date and time when the client's eligibility was approved, and 2) whether or not the client has an **"urgent need" for health care benefits.**

The client's doctor uses the PAF to tell **CSHCN** about the client's case from a medical point of view. The **CSHCN** Medical Director looks at the facts to see if the client's medical need is urgent. If so, and if the client has no other way to pay for health care, the client is said to have an urgent need for health care benefits. Clients with an urgent need for health care benefits leave the waiting list first, before others who do not have an urgent need. If your name (or your child's) is taken off the waiting list, you will get a letter and a **CSHCN** Identification Card that shows the date when you (or your child) will start getting health care benefits through **CSHCN.**

### Other Health Care Programs

Is the person who is applying for **CSHCN** covered by any health insurance? If so, you must list all of this coverage when you apply for **CSHCN.** If a **CSHCN** client has Medicaid, CHIP, and/or commercial health insurance benefits, the client must use those benefits before using **CSHCN.**

If you apply for **CSHCN** for someone who has Medicaid, CHIP, private insurance, or any other program of health care coverage, please do not drop the other health care coverage. Any **CSHCN** client who had insurance before he or she became eligible for **CSHCN** must keep that health care coverage or insurance in force. If you do not keep your existing insurance or health care coverage, you may lose your **CSHCN** benefits. **If your health care coverage changes, you must let CSHCN know within 30 days.**

### Your Right to Appeal

If you apply to **CSHCN** and are denied (turned down), you have the right to **appeal.** Also, any person has the right to reapply at any time or whenever the person's situation or condition changes.

If you meet the financial guidelines for Medicaid or CHIP, and you also meet **CSHCN** age and residency requirements, that means you are also financially eligible for **CSHCN.** But, to get **CSHCN,** you must apply by filling out all the usual **CSHCN** forms. You must also show that you meet the **CSHCN** medical guidelines.

### The Need for Speed

Page 6 of this booklet tells the five steps you must take to apply for **CSHCN.** You may be applying for the first time or reapplying. In any case, please do all five steps as quickly as you can. If you send us any of the needed paperwork later on, it will take longer for **CSHCN** to know if you can stay on **CSHCN,** or become a new **CSHCN** client.

Are you a **CSHCN** client who is reapplying? Remember, all **CSHCN** clients must reapply for **CSHCN every 6 months,** before their **CSHCN** coverage runs out. If you apply too late or do not send some of the needed paperwork, there may be a problem. You may drop off **CSHCN** for a while. You may even drop off **CSHCN** permanently. You may be put on a waiting list for services. So, please be sure to reapply for **CSHCN** on time.

# How to Find a CSHCN Office Near You

CSHCN's main office is in Austin. But there is a local CSHCN office near you. To apply for CSHCN, you must send all your paperwork to your local CSHCN office. CSHCN offices are found all over Texas in local offices of the Texas Department of Health (TDH). Here's how to find the CSHCN office near you:

1. Look at the **List of Texas Counties** on the next page. Find the name of the county where you live.
2. After the name of your county is a code of one or more numbers and letters.
3. Look at the list below. Find the office with your code. That is your local CSHCN office.

**When you are ready to apply for CSHCN, be sure to mail all your forms and paperwork to your local CSHCN office. You may also contact that office to find out the status of your application.**

---

## **1C – Canyon Office**

*Texas Department of Health PHR 1*

P.O. Box 60968, WTAMU

Canyon, TX 79016

**Phone:** (806) 655-7151

**Fax:** (806) 655-0820

## **1L – Lubbock Office**

*Texas Department of Health PHR 1*

1109 Kemper

Lubbock, TX 79403

**Phone:** (806) 767-0433

**Fax:** (806) 767-0403

## **2A – Abilene Office**

*Texas Department of Health PHR 2*

4601 South First Street, Suite L

Abilene, TX 79605

**Phone:** (325) 795-5869

**Fax:** (325) 795-5894

## **2WF – Wichita Falls Office**

*Texas Department of Health PHR 2*

4309 Jacksboro Hwy, Suite 101

Wichita Falls, TX 76302-2700

**Phone:** (940) 767-8593

**Fax:** (940) 767-2374

## **3 – Arlington Office**

*Texas Department of Health PHR 3*

1301 South Bowen Road, Suite 200

Arlington, TX 76013

**Phone:** (817) 264-4627

**Fax:** (817) 264-4911

## **4/5N – Tyler Office**

*Texas Department of Health PHR 4/5 - North*

1517 West Front Street

Tyler, TX 75702

**Phone:** (903) 533-5231

**Fax:** (903) 595-4706

## **6/5S – Houston Office**

*Texas Department of Health PHR 6*

5425 Polk Avenue, Suite J

Houston, TX 77023-1497

**Phone:** (713) 767-3111

**Fax:** (713) 767-3125

## **7 – Austin Office**

*Texas Department of Health PHR 7*

1101 Camino La Costa, Room 210

Austin, TX 78752

**Phone:** (512) 467-9875

**Fax:** (512) 458-6204

## **8 – San Antonio Office**

*Texas Department of Health PHR 8*

7430 Louis Pasteur Drive

San Antonio, TX 78229-4507

**Phone:** (210) 949-2155

**Fax:** (210) 949-2047

## **9/10 – El Paso Office**

*Texas Department of Health PHR 9/10*

P.O. Box 9428

El Paso, TX 79995-9428, or

401 East Franklin, Suite 200

El Paso, TX 79901

**Phone:** (915) 834-7675

**Fax:** (915) 834-7804

## **11 – Harlingen Office**

*Texas Department of Health PHR 11*

601 West Sesame Drive

Harlingen, TX 78550-7996

**Phone:** (956) 423-0130

**Fax:** (956) 444-3294

**Need help with your forms?  
Please call 1-800-252-8023.**

# List of Texas Counties

Anderson - 4/5N	Crane - 9/10	Hartley - 1C	Madison - 7	San Patricio - 11
Andrews - 9/10	Crockett - 9/10	Haskell - 2 WF	Marion - 4/5N	San Saba - 7
Angelina - 4/5N	Crosby - 1L	Hays - 7	Martin - 9/10	Schleicher - 9/10
Aransas - 11	Culberson - 9/10	Hemphill - 1C	Mason - 9/10	Scurry - 2A
Archer - 2WF	Dallam - 1C	Henderson - 4/5N	Matagorda - 6/5S	Shackelford - 2A
Armstrong - 1C	Dallas - 3	Hidalgo - 11	Maverick - 8	Shelby - 4/5N
Atascosa - 8	Dawson - 9/10	Hill - 7	McCulloch - 9/10	Sherman - 1C
Austin - 6/5S	Deaf Smith - 1C	Hockley - 1L	McLennan - 7	Smith - 4/5N
Bailey - 1L	Delta - 4/5N	Hood - 3	McMullen - 11	Somervell - 3
Bandera - 8	Denton - 3	Hopkins - 4/5N	Medina - 8	Starr - 11
Bastrop - 7	DeWitt - 8	Houston - 4/5N	Menard - 9/10	Stephens - 2WF
Baylor - 2 WF	Dickens - 1L	Howard - 9/10	Midland - 9/10	Sterling - 9/10
Bee - 11	Dimmitt - 8	Hudspeth - 9/10	Milam - 7	Stonewall - 2A
Bell - 7	Donley - 1C	Hunt - 3	Mills - 7	Sutton - 9/10
Bexar - 8	Duval - 11	Hutchinson - 1C	Mitchell - 2A	Swisher - 1L
Blanco - 7	Eastland - 2A	Irion - 9/10	Montague - 2WF	Tarrant - 3
Borden - 9/10	Ector - 9/10	Jack - 2WF	Montgomery - 6/5S	Taylor - 2A
Bosque - 7	Edwards - 8	Jackson - 8	Moore - 1C	Terrell - 9/10
Bowie - 4/5N	Ellis - 3	Jasper - 4/5N	Morris - 4/5N	Terry - 1L
Brazoria - 6/5S	El Paso - 9/10	Jeff Davis - 9/10	Motley - 1L	Throckmorton - 2WF
Brazos - 7	Erath - 3	Jefferson - 6/5S	Nacogdoches - 4/5N	Titus - 4/5N
Brewster - 9/10	Falls - 7	Jim Hogg - 11	Navarro - 3	Tom Green - 9/10
Briscoe - 1L	Fannin - 3	Jim Wells - 11	Newton - 4/5N	Travis - 7
Brooks - 11	Fayette - 7	Johnson - 3	Nolan - 2A	Trinity - 4/5N
Brown - 2A	Fisher - 2A	Jones - 2A	Nueces - 11	Tyler - 4/5N
Burleson - 7	Floyd - 1L	Karnes - 8	Ochiltree - 1C	Upshur - 4/5N
Burnet - 7	Foard - 2WF	Kaufman - 3	Oldham - 1C	Upton - 9/10
Caldwell - 7	Fort Bend - 6/5S	Kendall - 8	Orange - 6/5S	Uvalde - 8
Calhoun - 8	Franklin - 4/5N	Kenedy - 11	Palo Pinto - 3	Val Verde - 8
Callahan - 2A	Freestone - 7	Kent - 2A	Panola - 4/5N	Van Zandt - 4/5N
Cameron - 11	Frio - 8	Kerr - 8	Parker - 3	Victoria - 8
Camp - 4/5N	Gaines - 9/10	Kimble - 9/10	Parmer - 1L	Walker - 6/5S
Carson - 1C	Galveston - 6/5S	King - 1L	Pecos - 9/10	Waller - 6/5S
Cass - 4/5N	Garza - 1L	Kinney - 8	Polk - 4/5N	Ward - 9/10
Castro - 1L	Gillespie - 8	Kleberg - 11	Potter - 1C	Washington - 7
Chambers - 6/5S	Glasscock - 9/10	Knox - 2WF	Presidio - 9/10	Webb - 11
Cherokee - 4/5N	Goliad - 8	Lamar - 4/5N	Rains - 4/5N	Wharton - 6/5S
Childress - 1L	Gonzales - 8	Lamb - 1L	Randall - 1C	Wheeler - 1C
Clay - 2WF	Gray - 1C	Lampasas - 7	Reagan - 9/10	Wichita - 2WF
Cochran - 1L	Grayson - 3	LaSalle - 8	Real - 8	Wilbarger - 2WF
Coke - 9/10	Gregg - 4/5N	Lavaca - 8	Red River - 4/5N	Willacy - 11
Coleman - 2A	Grimes - 7	Lee - 7	Reeves - 9/10	Williamson - 7
Collin - 3	Guadalupe - 8	Leon - 7	Refugio - 11	Wilson - 8
Collingsworth - 1C	Hale - 1L	Liberty - 6/5S	Roberts - 1C	Winkler - 9/10
Colorado - 6/5S	Hall - 1L	Limestone - 7	Robertson - 7	Wise - 2WF
Comal - 8	Hamilton - 7	Lipscomb - 1C	Rockwall - 3	Wood - 4/5N
Comanche - 2A	Hansford - 1C	Live Oak - 11	Runnels - 2A	Yoakum - 1L
Concho - 9/10	Hardeman - 2WF	Llano - 7	Rusk - 4/5N	Young - 2WF
Cooke - 3	Hardin - 6/5S	Loving - 9/10	Sabine - 4/5N	Zapata - 11
Coryell - 7	Harris - 6/5S	Lubbock - 1L	San Augustine - 4/5N	Zavala - 8
Cottle - 2WF	Harrison - 4/5N	Lynn - 1L	San Jacinto - 4/5N	

# How to Apply for CSHCN: 5 Steps

## ■ Step 1. Fill out the CSHCN forms in this booklet. The forms are:

- CSHCN Application Form – Page 13
- CSHCN Health Insurance Data Form – Page 15
- CSHCN Statement of Applicant’s Rights and Responsibilities – Page 17
- CSHCN Physician/Dentist Assessment Form (PAF) – Page 19 – Your doctor must fill out this form.

For a step-by-step guide on how to fill out each form, please see Pages 7–10 of this booklet.

## ■ Step 2. Attach the required proofs. The list of proofs that CSHCN accepts is on Pages 11-12. You will need to attach:

- Proof of residence** – To become a CSHCN client, you must prove that you reside in Texas. When you apply for CSHCN, whatever you use as proof of Texas residence must show the same address that you put on the CSHCN application. And, it must show the name of a parent, guardian, grandparent, relative, or other adult. If your mailing address is a P.O. Box, you must attach proof of your physical address (the place where you live). In most cases, you need to attach **only one** proof of residence. CSHCN will tell you if we need more than one.
- Proof of date of birth** (of person applying for CSHCN) - You have to send this in only once: the first time you apply for CSHCN.
- Proof of income** – See Page 12 for what CSHCN will accept as proof of income.
- Proof of any private health insurance coverage** (copy of front and back of card) for each person applying for CSHCN, and proof of how much you pay as a premium (if you have not already included a paycheck stub that lists the amount).

## ■ Step 3. Attach other paperwork that CSHCN needs from you. When you apply for CSHCN, you must fill out and send in all the forms listed in Step 1. You must also attach the proofs listed in Step 2. When you fill out the CSHCN Health Insurance Data Form (Page 15 of this booklet), it may tell you that you also need to send one or both of these:

- a. A letter from TexCare that is not older than 6 months from the date it was issued, or front and back of CHIP card, if needed. (See Page 11 to find out if you need to send this item.)
- b. If you are not attaching a TexCare letter, please attach a Medicaid determination letter if you have one with a date no older than 6 months ago. You will need one of these letters for each person who is applying for CSHCN.

## ■ Step 4. Send all the items from Steps 1, 2, and 3 (forms, proofs, and all other paperwork) to your local CSHCN office. Your local CSHCN office is also your local Texas Department of Health (TDH) office. To find your local CSHCN and TDH office, please see Page 4 of this booklet. If you have questions or need help, please call your local CSHCN office.

## ■ Step 5. Have your doctor fill out the PAF. Then, you must send it in, or make sure your doctor has sent it in. The PAF is the “Physician/Dentist Assessment Form.” The PAF is a key part of your paperwork when you apply for CSHCN. It is on Page 19 of this booklet. You can tear out the PAF and take it to the doctor. You cannot fill out the PAF yourself. You must ask a doctor to fill out a PAF for each person who wants CSHCN. If the person sees more than one doctor, any of the doctors can fill out the PAF. If you need help finding a doctor to fill out the PAF, please call CSHCN. After the doctor fills out the PAF, you must send it to your local CSHCN office. To find your local CSHCN office, please see Page 4.



# How to Fill Out the Forms to Apply for CSHCN

The blank forms that you will need to apply for CSHCN are in this booklet. They are on Pages 11-21. You do not need to send us this whole booklet when you apply. Each page that is a CSHCN form has holes so you can tear it out, put it with all your other paperwork to apply for CSHCN, and send it in to your local CSHCN office. (To find the CSHCN office near you, see Page 4 of this booklet.)

- ▶ When you fill out the forms, please use **blue or black ink** for all parts of all the forms.
- ▶ You may put things on the forms that are private and personal. CSHCN keeps whatever you write on the forms **private and confidential**. We do not share it with anyone unless we have your consent in writing.



## Here's how to fill out each of the forms:

### A. CSHCN Application Form (Pages 13–14 of this booklet)

#### ■ Part 1

**Home Address** – To become a CSHCN client, you must be a **bona fide Texas resident**. To become a CSHCN client, a minor child must have a parent, guardian, or managing conservator who is a bona fide Texas resident. A **bona fide Texas resident** is someone who physically lives in Texas, intends to remain in Texas permanently or indefinitely, maintains living quarters in Texas, does not claim to be a resident of another state or country **and has not come to Texas from elsewhere just to get medical care**. When you apply for CSHCN, you must send us proof that you are a bona fide Texas resident. Please see Page 11 of this booklet for a list of documents you can use as proof. Please do not send CSHCN your original documents. (You will need to keep them for your files.) Please include only a **copy** of each proof when you send us your forms to apply for CSHCN.

**Other Phone Number** – If we may call you at work, please write that phone number here. Or, you may write any other number where we can reach you by phone.

#### ■ Part 2

Please fill out a block here for every child who lives with you, even the ones for whom you do **not** want CSHCN. If more than three children live with you, please use an extra piece of paper to tell us about the other children. You may apply for CSHCN only for children who live in your home. If you are younger than 19 years old and you live on your own, you can apply for CSHCN for yourself.

**Box (d)** – Please tell us how each child is related to you. For example, is the child your son? Your daughter? Your grandchild, niece, or nephew? If the child is not related to you, write “None” in this box. If you are the child’s legal guardian, please write “Ward” in this box.

**Box (e)** – Please provide proof of date of birth for each person who wants to apply for CSHCN. Please see Page 11 of this booklet for a list of documents that CSHCN will accept as proof of date of birth.

**Box (h)** – Please check the small box next to the words “Applying for **CSHCN**” in the column under the name of **any** child who needs **CSHCN**. If you do not want **CSHCN** for one of the children listed, please check the “Not Applying” box in the column under that child’s name.

**Box (k)** – Social Security Number –You may leave this line blank if you wish.

**Boxes (m) through (p)** – For a foster child or person over 21, you do not have to write in the parents’ names. Are you a married adult applying for **CSHCN**? Please write the name of your husband or wife here and also write the word “spouse.”

### ■ Part 3

Please list any other parent(s) or stepparent(s) of the children who live with you and the children, even if you already wrote the name(s) in Part 2.

### ■ Part 4

Please list all of your family’s **current** income. Include wages, unemployment compensation, Social Security, child support or any other

money you regularly receive. **For each type of income you list here, you must provide a copy of a document as proof.** The document must reflect your family’s **current** total income from that source. The document could be a copy of any one of these: a paycheck stub issued in the last 60 days; your most recent tax return; your most recent Social Security statement, child support check or a letter from an employer(s) who can tell us your income. For a list of what **CSHCN** accepts as valid proof of income, please see Page 11 of this booklet.

### ■ Parts 5 and 6

You may leave either or both of these parts blank. You do not have to fill them out unless you want **CSHCN** to take those facts into account when we look at your application.

### ■ Part 7

Sometimes, **CSHCN** needs to get in touch with a client or family, but we cannot find them. Would you like us to have a name of someone else to contact in that event? If so, please put his or her full name here, and fill out the rest of this part, too.

**Need help with your forms?  
Please call 1-800-252-8023.**



## B. CSHCN Health Insurance Data Form (Page 15 of this booklet)

Please fill out a form for each person applying for CSHCN. The booklet contains 2 copies of the same form (one on each side of Page 15). If you are applying for CSHCN for more than two people, you may make a copy of Page 15. Or, you can use another piece of paper. If you are reapplying for CSHCN, please write the CSHCN case number in the appropriate box.

### Medicaid and CHIP

**In most cases, if you want CSHCN, you must also apply to Medicaid or CHIP. You do NOT have to apply to Medicaid or CHIP if:**

- You are 19 years of age or older; **or**
- You are neither a U. S. citizen nor a U. S. legal resident; **or**
- You have CHIP coverage at present; **or**
- You have Medicaid coverage at present.

**Does the person applying for CSHCN already have Medicaid?** - If so, please see if Medicaid has sent a determination letter, and it is dated no more than six months ago. If you have such a letter, you must send us a copy of it (or a copy of the front of the Medicaid ID form) along with your other paperwork when you apply for CSHCN. If the letter is more than six months old, you must reapply for Medicaid when you apply for CSHCN.

**Does the person applying for CSHCN already have CHIP?** - If so, please see if you have the CHIP determination letter, and if it is dated no more than six months ago. If you have such a letter, you must send a copy of it (or a copy of the front and back of your CHIP ID card) along with your other paperwork when you apply for CSHCN. If the letter is more than six months old, you must reapply for CHIP before you can apply for CSHCN.

**Have you already applied for Medicaid or CHIP but not heard from them yet?** - If so, you have 60 days to send CSHCN the Medicaid or CHIP determination. To find out what determinations CSHCN will accept, call your local CSHCN office. (See Page 4 to find the CSHCN office near you.) During this 60-day period, you can send CSHCN any other papers that we need to complete your application. CSHCN will tell you what we need and how much time you have to send it in.

**Have you already applied for Medicaid or CHIP and been turned down?** - If you have already applied for Medicaid or CHIP, and TexCare sent you a denial letter, please look at the date on the letter. If the letter has a recent date (six months ago at the most), you must attach a copy of the letter to your forms when you apply for CSHCN. If the date on the letter is more than six months ago, you must apply again for Medicaid or CHIP.

**If you have not applied for Medicaid or CHIP** - You can get a form to apply for Medicaid or CHIP by calling TexCare toll-free at 1-800-647-6558. Call the same number if you have questions, would like to know more, or want help filling out the form. To download a copy of the form, or to apply on-line, visit the TexCare Web site at <http://www.texcarepartnership.com/> (The Web site is written in both English and Spanish). If you get a letter from TexCare, please send a copy of it to CSHCN within 60 days.

### Private Health Insurance

Is the person applying for CSHCN covered by any private health insurance?

If so, please fill out a block on this form for each health insurance policy that covers the

person whose name you put at the top of the form. If more than two health insurance plans cover this person, you may make a copy of this page or use other paper. Please attach a copy of both sides of each insurance card that covers the person applying for **CSHCN**. This includes cards for any insurance plans that cover only prescription drugs, or only dental services, or only vision services.

If you are applying for **CSHCN** for more than one person, please attach a copy of both sides of each insurance card for each person.



### C. **CSHCN** Rights and Responsibilities Form (Pages 17–19 of this booklet)

Please read this form with care. Then, please sign it and date it. Your signature on this form means that you understand your rights when dealing with **CSHCN**. It also tells us that you understand what the law says you must do in

order to apply for **CSHCN** properly and fairly. If you are approved for **CSHCN** and become a **CSHCN** client, we will send you a copy of this information for your files.

### D. **CSHCN** Physician/Dentist Assessment Form (PAF)

(Pages 19–22 of this booklet)

**The PAF is the Physician/Dentist Assessment Form.** The PAF is a key part of your paperwork when you apply for **CSHCN**. But you will not need to fill it out. Your role is to **make sure your doctor fills out the PAF. Then, you must send it to CSHCN, or make sure your doctor has sent it to CSHCN.** The PAF is on Pages 19-22 of this booklet. You can tear the PAF out of this booklet and take it to the doctor. Be sure to tear out both pages for your doctor to fill out. The back of the first page of the PAF tells the doctor in English how to fill it out.

The back of the second page of the PAF tells in Spanish how to fill it out. In a few cases, a dentist may be able to fill out the PAF. Please talk with **CSHCN** if you think a dentist may be the right person to fill out the PAF in your

case.

You must ask a doctor to fill out a PAF for each person applying for **CSHCN**. If the person sees more than one doctor, any one of their doctors can fill out the PAF. If you need help finding a doctor to fill out the PAF, please call **CSHCN**. After the doctor fills out the PAF, you must send it to your local **CSHCN** office. To find your local **CSHCN** office, please see Page 4 of this booklet.

If you are applying for **CSHCN** for the first time, you will need a PAF from the doctor. After that, you will need a new PAF only once a year, not each time you reapply for **CSHCN** (every 6 months).

**Need help with your forms? Please call 1-800-252-8023.**

## What CSHCN Accepts as Proof of Residence, Date of Birth, and Income

**a. Proof of Residence:** To become a CSHCN client, you must prove that you reside in Texas. Here is a list of what CSHCN accepts as proof. You must use a proof that shows the same address you put on the CSHCN application. And, it must show the name of a parent, guardian, grandparent, relative, or other adult. If your mailing address is a P.O. Box, you must attach proof of your physical address (the place where you live). In most cases, you need to attach **only one** proof of residence. CSHCN will tell you if we need more than one.

Texas Drivers License/DPS ID Card (temporary is acceptable)	Must not be expired
Mortgage Payment/Rent Receipts (with name/address/phone number of place renting from)	Dated within last 60 days
Lease Agreement	Must not be expired
Texas Motor Vehicle Registration	Dated for the current year
Texas Voter Registration	Must not be expired
Utility Bills (electric, water, gas) and Telephone Bills	Dated within last 60 days
School Records showing attendance in a Texas school	Current school year
Medicaid ID Form or CHIP Health Plan Card	Must not be expired
If the person who wants CSHCN is homeless: A statement of intent to remain in Texas; or a letter from shelter verifying residency in a facility; or a social worker's verification of where client/applicant is living right now.	Dated within last 60 days
<b>b. Proof of Date of Birth:</b> This list tells you what CSHCN accepts as proof of the date of birth of the person applying for CSHCN. You will need to attach only one of these when you apply for CSHCN.	
Birth Certificate	
U. S. Passport	
Hospital or public health birth records	
Bureau of Vital Statistics (BVS) Inquiry record	
Adoption papers or records	
Medicaid ID Form	
CHIP Health Plan Card	
Indian (Native American) Census records	
School or day care records	
Immigration and Naturalization Service Records	
Attorney General Child Support Paternity Records	
Social Security Administration Records	
Court or child support orders	

**What CSHCN Accepts as Proof of  
Residence, Date of Birth, and Income (continued)**

<b>c. Proof of Income:</b> This list tells you what CSHCN accepts as proof of income. You will need to attach only one of these when you apply for CSHCN.	
If Self-Employed: Income Tax Returns and all supplemental schedules (signed and dated) or printout from IRS.	Before 4/15 - prior return After 4/15 - current return
CSHCN Statement of Self-Employment Income Form (SEI)	Dated within last 60 days
A paycheck stub with gross amount for each person employed.	Dated within last 60 days
Employer Letter with gross income and how often paid (signed and dated), or CSHCN Employment Verification Form	Dated within last 60 days
Medicaid Income Verification Form (TDHS Form 1028).	Dated within last 60 days
Child Support Payments Received/Paid Out: Divorce Decree; Attorney	Most current filing.
General Office documentation; or cancelled check from ex-spouse.	Dated within last 60 days
Worker's Compensation or Unemployment Income Check or Award Letter	Dated within last 60 days
Social Security Income – Death/Disability Benefits: Recent SSI Check Most recent letter SSI Award Letter Dated within last 60 days Bank Statement showing Direct Deposit of SSI	Dated within last 60 days

**Starting on the next page of this booklet,  
you will find the forms you must fill out to apply for CSHCN.**

**Need help with your forms?  
Please call 1-800-252-8023.**



# CSHCN Application Form – Side 1

To apply for CSHCN, please fill out this form.

Please use blue or black ink only. Need help filling out this form? Call 1-800-252-8023.

Please check one:  This is a **first time** application to CSHCN.  This is a **reapplication** for a CSHCN client.

1. Name \_\_\_\_\_

The name above is (check one):  Child applying for CSHCN  Parent  Guardian

Adult applying for CSHCN  Other \_\_\_\_\_

Home Address (Street) \_\_\_\_\_ Apt./Lot # \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_

E-mail address: \_\_\_\_\_

Home Phone Number (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Other Phone Number (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

If we call or write to you, what language do you prefer? Check one:  English  Spanish  Vietnamese  
 Other \_\_\_\_\_

2. Please use this chart to tell us about all the children living in your home and who is applying for CSHCN.

Use more paper if you need to. Remember, to apply for CSHCN, a child **must** live in your home.

**Child 1 (or Adult who is  
applying for CSHCN)**

**Child 2**

**Child 3**

a. First name and middle initial of Child or Adult applying for CSHCN			
b. Last name of Child or Adult applying for CSHCN			
c. CSHCN Case Number			
d. Relationship to you			
e. Date of birth (month/day/year)			
f. Gender (Is this person Male or Female?)	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
g. Does this person go to school or college during the regular school year?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
h. Are you applying for CSHCN for this person?	<input type="checkbox"/> Applying for CSHCN <input type="checkbox"/> Not applying for CSHCN	<input type="checkbox"/> Applying for CSHCN <input type="checkbox"/> Not applying for CSHCN	<input type="checkbox"/> Applying for CSHCN <input type="checkbox"/> Not applying for CSHCN
i. Where does this person live? (Please circle one item on the list.)	Private Home (family/self) Foster Home ICF-MR Facility Nursing Home Name of Facility: _____ Other: _____	Private Home (family/self) Foster Home ICF-MR Facility Nursing Home Name of Facility: _____ Other: _____	Private Home (family/self) Foster Home ICF-MR Facility Nursing Home Name of Facility: _____ Other: _____
j. Is this person a US citizen?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
k. Social Security Number (you may leave this blank)			
l. Race (you may leave this blank)			

## CSHCN Application Form – Side 2

If you are an adult applying for CSHCN for yourself, you may leave boxes (m) through (p) blank and go on to Part 3.

**Child 1 who is  
applying for CSHCN**                      **Child 2**                      **Child 3**

m. First name and middle initial of child's mother			
n. Last name of child's mother			
o. First name and middle initial of child's father			
p. Last name of child's father			

3. In this box, write the name(s) of any other parent(s) and/or stepparent(s) who live with you and the children you wrote about in Parts 1 and 2 of this form. Please write the name(s) even if you already put the person(s) in Part 2 of this form.

First name	Middle initial	Last name	Relationship to person applying for CSHCN

4. In this box, list all of your family's CURRENT income before taxes. Be sure to put wages (pay from a job or jobs), unemployment compensation, Social Security, child support, and any other income you regularly receive. **For each type of income you list here, you must send CSHCN a copy of a document as proof.** The document must show your family's **current** total income from that source. For a list of what CSHCN accepts as proof of income, please see Page 11 of this booklet.

Name of Person who receives the income First      Middle initial      Last	Employer's Name or Other Source of Income	How much money?	How often do you receive it?
		\$	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every two weeks <input type="checkbox"/> Twice a month <input type="checkbox"/> Monthly
		\$	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every two weeks <input type="checkbox"/> Twice a month <input type="checkbox"/> Monthly
		\$	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every two weeks <input type="checkbox"/> Twice a month <input type="checkbox"/> Monthly
		\$	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every two weeks <input type="checkbox"/> Twice a month <input type="checkbox"/> Monthly

5. You may leave this part blank if you wish. Does anyone in your family pay for childcare or pay for disabled adult care so that a family member can work or get training?     No     Yes — If you checked **Yes**, please fill out this part:

Caregiver's or facility's name and phone number	First name of person who receives care	First name of person who pays for care	How much is paid for child-care and disabled adult care?
Caregiver/facility: Phone:			How much is paid (total of all costs for caregivers)? \$ _____
Caregiver/facility: Phone:			<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every two weeks <input type="checkbox"/> Twice a month <input type="checkbox"/> Monthly

6. You may leave this part blank. Does anyone in your family pay child support and/or alimony to anyone outside your home?

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes    If you checked <b>Yes</b> , please fill out this part.			
Child support \$ _____	How often?	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every two weeks <input type="checkbox"/> Twice a month <input type="checkbox"/> Monthly	
Alimony \$ _____	How often?	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every two weeks <input type="checkbox"/> Twice a month <input type="checkbox"/> Monthly	

7. To do our best for you, CSHCN needs to stay in touch. In this box, please write the name, address, and phone number of someone we can get in touch with if we cannot find you. You may leave this part blank if you wish.

Name of Other Person to Contact: _____				
Address of Other Person to Contact: _____				
	Street	City	State	Zip
Phone Number(s) of Other Person to Contact: (    )                      (    )				





To apply for CSHCN, please fill out this form.  
**CSHCN Health Insurance Data Form – Side 1**

Fill out this form for the person who wants CSHCN. Fill out Side 2 if another person is applying for CSHCN. You can make a copy of the blank form to use for each other person applying for CSHCN.

Name of Person Applying for CSHCN: (First, Middle, Last)		CSHCN Case No.	Date of Birth
Does this person have Medicaid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If <b>Yes</b> , enter Medicaid Number: _____ and <b>attach a copy of Medicaid letter/card.</b>	
If <b>No</b> , has this person applied for Medicaid in the last 6 months? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If <b>Yes</b> , please <b>attach a copy of the Medicaid determination letter.</b> If you have not heard from Medicaid yet, please send a copy of their letter as soon as you get it.	
Does the person have CHIP? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If <b>Yes</b> , please <b>attach a copy of this person's CHIP card.</b>	
If <b>No</b> , has the person applied to TexCare for health coverage in the last 6 months? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If <b>Yes</b> , please <b>attach a copy of the TexCare determination letter.</b> If you have not heard from TexCare yet, send a copy of their letter as soon as you get it.	

Does this person have any health insurance besides Medicaid or CHIP?  Yes  No

If **Yes**, please fill out a block below for each health insurance policy that covers the person applying for CSHCN. Please **attach a copy of front and back of each insurance card.**

**POLICY 1** What kind of insurance is this?  Major Medical  HMO  PPO  Dental Only  
 Prescription Drugs Only  Vision Only  Other (Please Describe) \_\_\_\_\_

Monthly Premium Paid \$ \_\_\_\_\_ Is dependent coverage included?  Yes  No Deductible \$ \_\_\_\_\_

Name of Employer (if insurance is related to work): \_\_\_\_\_  
 Employer's Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_ Effective Date of Coverage: \_\_\_\_\_

Name of Insured Employee (if insurance is related to work) \_\_\_\_\_  
 Social Security Number: \_\_\_\_\_ Date this coverage ended (or will end): \_\_\_\_\_

Insurance Co.	Phone ( )	Policy No.	Group No.
---------------	-----------	------------	-----------

Address to File Claims for this Policy (Street or P.O. Box, City, State, Zip): \_\_\_\_\_

**POLICY 2** What kind of insurance is this?  Major Medical  HMO  PPO  Dental Only  
 Prescription Drugs Only  Vision Only  Other (Please Describe) \_\_\_\_\_

Monthly Premium Paid \$ \_\_\_\_\_ Is dependent coverage included?  Yes  No Deductible \$ \_\_\_\_\_

Name of Employer (if insurance is related to work): \_\_\_\_\_  
 Employer's Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_ Effective Date of Coverage: \_\_\_\_\_

Name of Insured Employee (if insurance is related to work) \_\_\_\_\_  
 Social Security Number: \_\_\_\_\_ Date this coverage ended (or will end): \_\_\_\_\_

Insurance Co.	Phone ( )	Policy No.	Group No.
---------------	-----------	------------	-----------

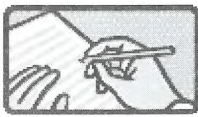
Address to File Claims for this Policy (Street or P.O. Box, City, State, Zip): \_\_\_\_\_

## CSHCN Health Insurance Data Form – Side 2

Please fill out this side only if a **second person** is applying for CSHCN. You can make a copy of the blank form to use for each other person applying for CSHCN.

Name of Person Applying for CSHCN: (First, Middle, Last)	CSHCN Case No.	Date of Birth
Does this person have Medicaid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    If <b>Yes</b> , enter Medicaid Number: _____ and <b>attach a copy of Medicaid letter/card.</b>		
If <b>No</b> , has this person applied for Medicaid in the last 6 months? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    If <b>Yes</b> , please <b>attach a copy of the Medicaid determination letter.</b> If you have not heard from Medicaid yet, please send a copy of their letter as soon as you get it.		
Does the person have CHIP? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    If <b>Yes</b> , please <b>attach a copy of this person’s CHIP card.</b>		
If <b>No</b> , has this person applied to TexCare for health coverage in the last 6 months? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    If <b>Yes</b> , please <b>attach a copy of the TexCare determination letter.</b> If you have not heard from TexCare yet, send a copy of their letter as soon as you get it.		

Does this person have any health insurance besides Medicaid or CHIP? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    If <b>Yes</b> , please fill out a block below for each health insurance policy that covers the person applying for CSHCN. Please <b>attach a copy of front and back of each insurance card.</b>		
<b>POLICY 1</b> What kind of insurance is this? <input type="checkbox"/> Major Medical <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Dental Only <input type="checkbox"/> Prescription Drugs Only <input type="checkbox"/> Vision Only <input type="checkbox"/> Other (Please Describe) _____		
Monthly Premium Paid \$ _____ Is dependent coverage included? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    Deductible \$ _____		
Name of Employer (if insurance is related to work): _____ Employer’s Phone Number: (    )    Effective Date of Coverage: _____		
Name of Insured Employee (if insurance is related to work) _____ Social Security Number: _____    Date this coverage ended (or will end): _____		
Insurance Co.	Phone (    )	Policy No.    Group No.
Address to File Claims for this Policy (Street or P.O. Box, City, State, Zip): _____		
<b>POLICY 2</b> What kind of insurance is this? <input type="checkbox"/> Major Medical <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Dental Only <input type="checkbox"/> Prescription Drugs Only <input type="checkbox"/> Vision Only <input type="checkbox"/> Other (Please Describe) _____		
Monthly Premium Paid \$ _____ Is dependent coverage included? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    Deductible \$ _____		
Name of Employer (if insurance is related to work): _____ Employer’s Phone Number: (    )    Effective Date of Coverage: _____		
Name of Insured Employee (if insurance is related to work) _____ Social Security Number: _____    Date this coverage ended (or will end): _____		
Insurance Co.	Phone (    )	Policy No.    Group No.
Address to File Claims for this Policy (Street or P.O. Box, City, State, Zip): _____		



To apply for **CSHCN**, please fill out this form.

## **CSHCN Rights and Responsibilities Form – Side 1**

**Please Note: If you want CSHCN to process your forms, you must sign and date Side 2 of this form.**

### **1. Rights of the Person Applying for CSHCN**

By signing this document, I indicate that I understand what this document says. I understand that **CSHCN** is the Children with Special Health Care Needs Program of the Texas Department of Health. I understand that I have the right to know all information that **CSHCN** collects about me. I understand that if I ask for this information, I have the right to be given it. I have the right to review it. I have the right to ask **CSHCN** to correct any information that is not correct. I understand that this Web site will tell me about how my information will be kept private:

<http://www.tdh.state.tx.us/privacy.htm>

I understand that I have the right to be treated fairly and equally without regard to race, color, creed, religion, national origin, gender, age, political beliefs, or disability. I understand that this treatment will be consistent with state and federal law. If I think I have not been treated fairly and equally, I may call the Office of Civil Rights of the U.S. Dept. of Health and Human Services at 1-800-368-1019.

I understand that whatever I write on the **CSHCN** application will be shared with neither the IRS nor the INS.

### **2. Responsibilities of the Person Applying for CSHCN**

I understand that I must put only true, correct, and complete information on the **CSHCN** application. I will answer every question fully. I will not leave out any

information requested on the application. I understand that **CSHCN** may ask me to give proof of any of the information that I write on the **CSHCN** application. If so, I must give **CSHCN** the requested proof.

I understand that I must let **CSHCN** know of any changes in the facts about myself. These facts include my address, phone number, income, health care coverage, and family situation. If a change occurs, I must let **CSHCN** know about it within 30 days, not just in time to file my next **CSHCN** application.

I understand that I must intend to continue living in Texas. I must not claim to be a resident of another state or country. I understand that **CSHCN** cannot pay for services for anyone who comes to Texas from elsewhere just to get health care.

I understand that I must use only **CSHCN**-enrolled health care providers. A provider who is not enrolled in **CSHCN** may provide services to a **CSHCN** client, but **CSHCN** cannot pay for the services.

I understand that I must pay any money that I owe **CSHCN**. I understand that I must pay the money even if I am no longer eligible for **CSHCN**. I understand that if I withdraw from **CSHCN**, I must still pay the money that I owe.

I understand that I must reapply for **CSHCN** on time every six (6) months. I must reapply on or before the date my **CSHCN** eligibility runs out.

I understand that the **CSHCN** rules describe all my rights and responsibilities as to this application and **CSHCN** services. I understand that if I ask to see them, **CSHCN** will give me a copy of the rules. I agree to abide by all **CSHCN** rules.

## CSHCN Rights and Responsibilities Form – Side 2

### 3. Benefits from Other Sources

I understand that before CSHCN can pay for services, all other insurance or assistance programs must be asked to pay for services and refuse. I understand that state law may allow me to have my insurance benefits paid directly to CSHCN. If so, the health insurance company may pay CSHCN directly for any of CSHCN's expenses for my care. By signing this form, I am saying that CSHCN can collect the payment(s) of any health insurance benefits intended for me. I also agree that my insurance company can pay my health care providers directly for benefits and services received from and through CSHCN.

I agree that if I ever receive money from a lawsuit resulting from the incident(s) that caused me to need CSHCN services, I will repay the cost of services CSHCN has provided for me. I understand that if CSHCN overpays me or pays me in error for the cost(s) of services, I must pay the extra

money back to CSHCN. If I do not, CSHCN may take the amount I owe out of any money CSHCN pays me in future. When my CSHCN eligibility ends, I or my estate will pay CSHCN any money that I owe CSHCN. I or my estate will pay the money in a single lump sum. The payment will be made within a reasonable time after CSHCN tells me that I owe CSHCN money.

### 4. Information Release

By signing this document, I agree that CSHCN may release all information needed to determine eligibility, pay claims, or provide services to me. I also agree that all other entities may release all information needed to determine eligibility, pay claims, or provide services to me. The information that may be released includes, but is not limited to, income and medical information. This permission will last for one (1) year from the date of my signature.

---

**When I sign this document below, I am saying that I have read this entire document. I understand this entire document. I agree to abide by the terms stated in this document. Everything I have written on all forms to apply for CSHCN is true, correct, and complete. I have left out nothing that was asked for on the forms. I understand that if I hold back any facts or give information that is not true, I may be doing something that is against the law, and I may have to suffer the consequences of my action.**

Name of the Person Applying for CSHCN (please print): <hr/>	
Signature of the Person Applying for CSHCN: <hr/>	Date: <hr/>
<i>Is the person applying for CSHCN a minor or under guardianship? If so, the parent, conservator, guardian, (as appropriate) must sign below. He or she must also state his or her relationship to the person who is applying for CSHCN.</i>	
Name of Person Authorized to Consent (please print): <hr/>	
Relationship to Person Applying for CSHCN: <hr/>	
Signature of Person Authorized to Consent: <hr/>	Date: <hr/>

## CSHCN Physician/Dentist Assessment Form (For Application to CSHCN)

Please complete and sign this form for the person applying for the Children with Special Health Care Needs Program (CSHCN). If you need more copies or have questions, please refer to the instruction sheet or call 1-800-252-8023. Send the completed form to the parent or guardian or to the client's local CSHCN office.

<b>Client/Applicant's Name (Last, First, Middle):</b>	<b>CSHCN Case No. (if known):</b>	<b>Date of Birth:</b>
<b>Address (Street, City, State, Zip):</b>		
<b>Parent/Guardian Name:</b>	<b>Telephone No.: (      )</b>	
<p><b>1) DIAGNOSIS AND EVALUATION SERVICES (screening exam):</b> Is this a request for Diagnosis and Evaluation Services to determine whether the client/applicant has a chronic physical or developmental condition? <b>(Please check the box.)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Yes    Please indicate the appropriate <b>V-Code:</b> _____ and go to the "Physician/Dentist Data" section on the reverse side. (Only CSHCN-enrolled providers will be reimbursed for Diagnosis and Evaluation Services.)</p> <p><input type="checkbox"/> No      Please complete the remainder of this form.</p>		
<p><b>2) MEDICAL CERTIFICATION DEFINITION:</b></p> <p><b><i>The client/applicant must be either:</i></b></p> <p>2a) A person younger than 21 years of age who has a chronic physical or developmental condition that:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Will last or is expected to last for at least 12 months; <b>and</b></li> <li>• Results or, if not treated, may result in limits to one or more major life activities; <b>and</b></li> <li>• Requires health and related services of a type or amount beyond those required by children generally; <b>and</b></li> <li>• Has a physical (body, bodily tissue or organ) manifestation; <b>and</b></li> <li>• May exist with accompanying developmental, mental, behavioral, or emotional conditions; <b>but</b></li> <li>• Is <b>not</b> solely a delay in intellectual development or solely a mental, behavioral, and/or emotional condition.</li> </ul> <p><b>OR</b></p> <p>2b) A person of any age who has cystic fibrosis.</p> <p><b>I certify that the client/applicant meets the above definition.</b>    <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Primary Diagnosis (must meet definition 2a or 2b): ICD-9-CM Code &amp; Descriptor (required):</b></p> <p>_____</p>		
<p><b>OTHER DIAGNOSES AND CONDITIONS:</b></p> <p><b>ICD-9-CM code:</b> _____ <b>Descriptor:</b> _____</p> <p><b>ICD-9-CM code:</b> _____ <b>Descriptor:</b> _____</p> <p><b>ICD-9-CM code:</b> _____ <b>Descriptor:</b> _____</p>		
<p><b>3) QUESTIONS FOR INITIAL APPLICATION TO CSHCN:</b> (If renewing, go to the next section)</p> <p>Is the applicant's condition a result of a traumatic injury or accident?    <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes, date of trauma or accident? _____</p> <p>If hospitalized, date of discharge home? _____</p> <p>Date of admission to rehab. facility? _____</p> <p>For applicants less than 1 year old: Was the child born before 36 weeks gestation?    <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes, date of discharge home after birth? _____</p> <p>Has the child spent 14 consecutive days out of the hospital?    <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No</p>		
<b>NOT VALID WITHOUT A PHYSICIAN OR DENTIST SIGNATURE ON PAGE 2</b>		



*Instructions for Completing the  
Physician/Dentist Assessment Form (PAF) for the  
Children with Special Health Care Needs Program CSHCN*

**Dear Doctor,**

Thank you for helping this family to apply for benefits from the Children with Special Health Care Needs Program (**CSHCN**). The Physician/Dentist Assessment Form (or “PAF”) is a key part of the application process. The PAF is just two pages long, with a block that identifies the applicant plus six other short sections for you to complete. Please fill in the applicant’s identifying information and then go on to Part 1.

**1) DIAGNOSIS AND EVALUATION SERVICES (screening exam):** Please complete Part 1 only if you need to do a workup or further examinations or tests to determine if the applicant meets the **CSHCN** “medical certification definition” (see Part 2). Please note that whenever **CSHCN** has a waiting list, applicants cannot get diagnosis and evaluation services. To find out if **CSHCN** currently has a waiting list, call 1-800-252-8023.

**2) MEDICAL CERTIFICATION DEFINITION:** Please pay particular attention to Part 2. It contains the definition of a child with special health care needs for **CSHCN** purposes. The primary diagnosis should reflect a chronic illness or disability that affects the child and meets the definition. The form has spaces to add as many as three additional diagnoses.

**3) QUESTIONS FOR INITIAL APPLICATION TO CSHCN:** Complete Part 3 only if this is the first time the applicant has ever applied to **CSHCN**. If the client is renewing his or her **CSHCN** application, please leave Part 3 blank.

**4) DETERMINATION OF URGENT NEED FOR SERVICES:** Part 4 is **very important**, especially when **CSHCN** has a waiting list. Your answers to Part 4 help **CSHCN** physicians determine which children need health care services most urgently. This information is a factor in determining the order in which to remove clients from the waiting list whenever available funds make it possible to do so. If you answer “yes” to Part 4a and/or 4b, your explanation is required. When answering 4a, please base your answer on what would happen if the applicant had no resources to pay for health care.

**5) FUNCTIONAL NEEDS:** The Texas Legislature requires **CSHCN** to collect this information. Please check all appropriate boxes.

**6) SERVICES NEEDED:** Please talk with the family and then check the blocks for any and all services the client/applicant may require. This information will help **CSHCN** plan for effective services now and in the future. It will not affect the applicant’s eligibility for services.

**7) PHYSICIAN/DENTIST DATA:** Part 7 must be filled out completely. Phone numbers are especially important. Remember that to process the application, we must have your signature and the date.

*Thank you again for all you do to help the clients and families of CSHCN!*

## CSHCN Physician/Dentist Assessment Form (Continued)

CLIENT/APPLICANT'S NAME: \_\_\_\_\_

CSHCN #: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 4) DETERMINATION OF URGENT NEED FOR SERVICES:

4a) Would an inability to get healthcare services cause a permanent increase in disability, intense pain or suffering, or death? Please base your answer on what would happen if the applicant had no resources to pay for health care.

Yes  No

If Yes, explanation required: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4b) Is the family or client/applicant actively planning to move the client/applicant to a nursing home, group home, or similar institution in the next 6 months?

Yes  No

If Yes, explanation required: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4c) If there is additional information related to the complexity or severity of the client's/applicant's condition or need for care that the CSHCN Program should know, please indicate below or attach additional narrative.

5) **FUNCTIONAL NEEDS:** Check appropriate blocks indicating the client/applicant's functional needs or limitations

Physical  Developmental  Behavioral  Emotional

6) **SERVICES NEEDED:** Check all blocks that apply for services the client/applicant may require. Data is for CSHCN Program planning purposes and does not affect eligibility.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> bone marrow transplant      | <input type="checkbox"/> help with drug co-payments                   | <input type="checkbox"/> pulmozyme                       |
| <input type="checkbox"/> case management             | <input type="checkbox"/> hemophilia blood factor products             | <input type="checkbox"/> renal dialysis/renal transplant |
| <input type="checkbox"/> dental services             | <input type="checkbox"/> home health/nursing services                 | <input type="checkbox"/> inhaled tobramycin              |
| <input type="checkbox"/> drugs                       | <input type="checkbox"/> inpatient hospital                           | <input type="checkbox"/> total parenteral nutrition      |
| <input type="checkbox"/> durable medical equipment   | <input type="checkbox"/> Insurance Premium Payment Assistance         | <input type="checkbox"/> transportation/meals/lodging    |
| <input type="checkbox"/> expendable medical supplies | <input type="checkbox"/> mental health services                       | <input type="checkbox"/> vision services                 |
| <input type="checkbox"/> family support services     | <input type="checkbox"/> outpatient services (including PT, OT & SLP) | <input type="checkbox"/> other _____                     |
| <input type="checkbox"/> growth hormone              | <input type="checkbox"/> physician services                           | _____  |

### 7) PHYSICIAN/DENTIST DATA – Must Be Completed for All Applications

Physician/Dentist's Name: (type or print)	TPI#:	Tax ID#:	Specialty:
---	-------	----------	------------

Mailing Address: (Street, City, State, Zip)

Contact Person's Name: (type or print)	Phone: (     )	Fax: (     )
--	----------------	--------------

PHYSICIAN/DENTIST SIGNATURE:

DATE:



**Instrucciones para Llenar la  
Forma para la Evaluación del Médico/Dentista (PAF)  
Programa para Niños con Necesidades Especiales de Salud CSHCN**

**Apreciable Doctor:**

Gracias por ayudar a esta familia a solicitar los beneficios del Programa para Niños con Necesidades Especiales de Salud (CSHCN). La Forma para la Evaluación del Médico/Dentista (o "PAF") es una parte clave del proceso de la solicitud. La PAF consiste de dos páginas solamente, con un bloque que identifica al solicitante más otras seis secciones cortas para que las complete usted. Por favor llene la información que identifica al solicitante y luego continúe con la Parte 1.

- 1) **SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN (screening exam):** Por favor complete la Parte 1 solamente si usted necesita hacer un trabajo o exámenes adicionales o pruebas para determinar si el solicitante cumple la "definición de certificación médica" de CSHCN (ver Parte 2). Por favor, tome nota cuando CSHCN tenga una lista de espera, los solicitantes no pueden obtener servicios de diagnósticos ni evaluaciones. Para investigar si CSHCN actualmente tiene una lista de espera, llame al 1-800-252-8023.
- 2) **DEFINICIÓN DE CERTIFICACIÓN MÉDICA:** Por favor preste especial atención a la Parte 2. Contiene la definición de un niño con necesidades especiales de cuidado de la salud para propósitos de CSHCN. El diagnóstico primario debe reflejar una enfermedad crónica o discapacidad que afecte al niño y cumpla la definición. La forma tiene espacios para agregar tantos como tres diagnósticos adicionales.
- 3) **PREGUNTAS PARA LA SOLICITUD INICIAL A CSHCN:** Complete la Parte 3 solamente si ésta es la primera vez que el solicitante presenta una solicitud a CSHCN. Si el cliente está renovando su solicitud a CSHCN, favor de dejar en blanco la Parte 3.
- 4) **DETERMINACIÓN DE NECESIDAD URGENTE DE SERVICIOS:** La parte 4 es **muy importante**, especialmente cuando CSHCN tiene una lista de espera. Sus respuestas a la Parte 4 ayudan a los médicos de CSHCN a determinar cuáles niños necesitan servicios de atención a la salud con mayor urgencia. Esta información es un factor en la determinación del orden en el cual se retiran los clientes de la lista de espera cuando hay fondos disponibles para hacerlo posible. Si su respuesta a la Parte 4a y/o a la 4b es "Sí", se requiere su explicación. Cuando conteste la 4a, por favor base su respuesta en lo que sucedería si el solicitante no tuviera recursos para pagar por la atención a la salud.
- 5) **NECESIDADES FUNCIONALES:** La Legislatura de Texas requiere que CSHCN recoja esta información. Por favor cheque todas las casillas apropiadas.
- 6) **SERVICIOS NECESARIOS:** Por favor platique con la familia y luego cheque los bloques para cualquiera y todos los servicios que el cliente/solicitante pueda requerir. Esta información le ayudará a CSHCN a planear servicios efectivos ahora y en el futuro. No afectará la elegibilidad del solicitante para servicios.
- 7) **DATOS DEL MÉDICO/DENTISTA:** La parte 7 debe ser llenada completamente. Los números telefónicos son especialmente importantes. Recuerde que para procesar la solicitud, debemos tener su firma y la fecha.

***¡Gracias de nuevo por todo lo que usted hace para ayudar a los clientes y familias de CSHCN!***





*Instructions for Completing the  
Physician/Dentist Assessment Form (PAF) for the  
Children with Special Health Care Needs Program CSHCN*

**Dear Doctor,**

Thank you for helping this family to apply for benefits from the Children with Special Health Care Needs Program (CSHCN). The Physician/Dentist Assessment Form (or “PAF”) is a key part of the application process. The PAF is just two pages long, with a block that identifies the applicant plus six other short sections for you to complete. Please fill in the applicant’s identifying information and then go on to Part 1.

**1) DIAGNOSIS AND EVALUATION SERVICES (screening exam):** Please complete Part 1 only if you need to do a workup or further examinations or tests to determine if the applicant meets the CSHCN “medical certification definition” (see Part 2). Please note that whenever CSHCN has a waiting list, applicants cannot get diagnosis and evaluation services. To find out if CSHCN currently has a waiting list, call 1-800-252-8023.

**2) MEDICAL CERTIFICATION DEFINITION:** Please pay particular attention to Part 2. It contains the definition of a child with special health care needs for CSHCN purposes. The primary diagnosis should reflect a chronic illness or disability that affects the child and meets the definition. The form has spaces to add as many as three additional diagnoses.

**3) QUESTIONS FOR INITIAL APPLICATION TO CSHCN:** Complete Part 3 only if this is the first time the applicant has ever applied to CSHCN. If the client is renewing his or her CSHCN application, please leave Part 3 blank.

**4) DETERMINATION OF URGENT NEED FOR SERVICES:** Part 4 is **very important**, especially when CSHCN has a waiting list. Your answers to Part 4 help CSHCN physicians determine which children need health care services most urgently. This information is a factor in determining the order in which to remove clients from the waiting list whenever available funds make it possible to do so. If you answer “yes” to Part 4a and/or 4b, your explanation is required. When answering 4a, please base your answer on what would happen if the applicant had no resources to pay for health care.

**5) FUNCTIONAL NEEDS:** The Texas Legislature requires CSHCN to collect this information. Please check all appropriate boxes.

**6) SERVICES NEEDED:** Please talk with the family and then check the blocks for any and all services the client/applicant may require. This information will help CSHCN plan for effective services now and in the future. It will not affect the applicant’s eligibility for services.

**7) PHYSICIAN/DENTIST DATA:** Part 7 must be filled out completely. Phone numbers are especially important. Remember that to process the application, we must have your signature and the date.

*Thank you again for all you do to help the clients and families of CSHCN!*

**CSHCN Physician/Dentist Assessment Form (Continued)**

**CLIENT/APPLICANT'S NAME:** \_\_\_\_\_

**CSHCN #:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4) DETERMINATION OF URGENT NEED FOR SERVICES:**

**4a)** Would an inability to get healthcare services cause a permanent increase in disability, intense pain or suffering, or death? Please base your answer on what would happen if the applicant had no resources to pay for health care.

Yes  No

**If Yes**, explanation required: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**4b)** Is the family or client/applicant actively planning to move the client/applicant to a nursing home, group home, or similar institution in the next 6 months?

Yes  No

**If Yes**, explanation required: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**4c)** If there is additional information related to the complexity or severity of the client's/applicant's condition or need for care that the CSHCN Program should know, please indicate below or attach additional narrative.

**5) FUNCTIONAL NEEDS:** Check appropriate blocks indicating the client/applicant's functional needs or limitations

Physical  Developmental  Behavioral  Emotional

**6) SERVICES NEEDED:** Check all blocks that apply for services the client/applicant may require. Data is for CSHCN Program planning purposes and does not affect eligibility.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> bone marrow transplant      | <input type="checkbox"/> help with drug co-payments                   | <input type="checkbox"/> pulmozyme                       |
| <input type="checkbox"/> case management             | <input type="checkbox"/> hemophilia blood factor products             | <input type="checkbox"/> renal dialysis/renal transplant |
| <input type="checkbox"/> dental services             | <input type="checkbox"/> home health/nursing services                 | <input type="checkbox"/> inhaled tobramycin              |
| <input type="checkbox"/> drugs                       | <input type="checkbox"/> inpatient hospital                           | <input type="checkbox"/> total parenteral nutrition      |
| <input type="checkbox"/> durable medical equipment   | <input type="checkbox"/> Insurance Premium Payment Assistance         | <input type="checkbox"/> transportation/meals/lodging    |
| <input type="checkbox"/> expendable medical supplies | <input type="checkbox"/> mental health services                       | <input type="checkbox"/> vision services                 |
| <input type="checkbox"/> family support services     | <input type="checkbox"/> outpatient services (including PT, OT & SLP) | <input type="checkbox"/> other _____                     |
| <input type="checkbox"/> growth hormone              | <input type="checkbox"/> physician services                           | _____  |

**7) PHYSICIAN/DENTIST DATA – Must Be Completed for All Applications**

<b>Physician/Dentist's Name: (type or print)</b>	<b>TPI#:</b>	<b>Tax ID#:</b>	<b>Specialty:</b>
--	--------------	-----------------	-------------------

**Mailing Address: (Street, City, State, Zip)**

<b>Contact Person's Name: (type or print)</b>	<b>Phone: (     )     )</b>	<b>Fax: (     )     )</b>
---	-----------------------------	---------------------------

**PHYSICIAN/DENTIST SIGNATURE:**

**DATE:**



**Instrucciones para Llenar la  
Forma para la Evaluación del Médico/Dentista (PAF)  
Programa para Niños con Necesidades Especiales de Salud CSHCN**

**Apreciable Doctor:**

Gracias por ayudar a esta familia a solicitar los beneficios del Programa para Niños con Necesidades Especiales de Salud (CSHCN). La Forma para la Evaluación del Médico/Dentista (o "PAF") es una parte clave del proceso de la solicitud. La PAF consiste de dos páginas solamente, con un bloque que identifica al solicitante más otras seis secciones cortas para que las complete usted. Por favor llene la información que identifica al solicitante y luego continúe con la Parte 1.

- 1) **SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN (screening exam):** Por favor complete la Parte 1 solamente si usted necesita hacer un trabajo o exámenes adicionales o pruebas para determinar si el solicitante cumple la "definición de certificación médica" de CSHCN (ver Parte 2). Por favor, tome nota, cuando CSHCN tenga una lista de espera, los solicitantes no pueden obtener servicios de diagnósticos ni evaluaciones. Para investigar si CSHCN actualmente tiene una lista de espera, llame al 1-800-252-8023.
- 2) **DEFINICIÓN DE CERTIFICACIÓN MÉDICA:** Por favor preste especial atención a la Parte 2. Contiene la definición de un niño con necesidades especiales de cuidado de la salud para propósitos de CSHCN. El diagnóstico primario debe reflejar una enfermedad crónica o discapacidad que afecte al niño y cumpla la definición. La forma tiene espacios para agregar tantos como tres diagnósticos adicionales.
- 3) **PREGUNTAS PARA LA SOLICITUD INICIAL A CSHCN:** Complete la Parte 3 solamente si ésta es la primera vez que el solicitante presenta una solicitud a CSHCN. Si el cliente está renovando su solicitud a CSHCN, por favor deje en blanco la Parte 3.
- 4) **DETERMINACIÓN DE NECESIDAD URGENTE DE SERVICIOS:** La parte 4 es **muy importante**, especialmente cuando CSHCN tiene una lista de espera. Sus respuestas a la Parte 4 ayudan a los médicos de CSHCN a determinar cuáles niños necesitan servicios de atención a la salud con mayor urgencia. Esta información es un factor en la determinación del orden en el cual se retiran los clientes de la lista de espera cuando hay fondos disponibles para hacerlo posible. Si su respuesta a la Parte 4a y/o a la 4b es "Sí", se requiere su explicación. Cuando conteste la 4a, por favor base su respuesta en lo que sucedería si el solicitante no tuviera recursos para pagar por la atención a la salud.
- 5) **NECESIDADES FUNCIONALES:** La Legislatura de Texas requiere que CSHCN recoja esta información. Por favor cheque todas las casillas apropiadas.
- 6) **SERVICIOS NECESARIOS:** Por favor platique con la familia y luego cheque los bloques para cualquiera y todos los servicios que el cliente/solicitante pueda requerir. Esta información le ayudará a CSHCN a planear servicios efectivos ahora y en el futuro. No afectará la elegibilidad del solicitante para servicios.
- 7) **DATOS DEL MÉDICO/DENTISTA:** La parte 7 debe ser llenada completamente. Los números telefónicos son especialmente importantes. Recuerde que para procesar la solicitud, debemos tener su firma y la fecha.

**¡Gracias de nuevo por todo lo que usted hace para ayudar a los clientes y familias de CSHCN!**

## CSHCN Physician/Dentist Assessment Form (For Application to CSHCN)

Please complete and sign this form for the person applying for the Children with Special Health Care Needs Program (CSHCN). If you need more copies or have questions, please refer to the instruction sheet or call 1-800-252-8023. Send the completed form to the parent or guardian or to the client's local CSHCN office.

<b>Client/Applicant's Name (Last, First, Middle):</b>	<b>CSHCN Case No. (if known):</b>	<b>Date of Birth:</b>
<b>Address (Street, City, State, Zip):</b>		
<b>Parent/Guardian Name:</b>		<b>Telephone No.: (      )</b>
<p><b>1) DIAGNOSIS AND EVALUATION SERVICES (screening exam):</b> Is this a request for Diagnosis and Evaluation Services to determine whether the client/applicant has a chronic physical or developmental condition? <i>(Please check the box.)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Yes    Please indicate the appropriate <b>V-Code:</b> _____ and go to the "Physician/Dentist Data" section on the reverse side. (Only CSHCN-enrolled providers will be reimbursed for Diagnosis and Evaluation Services.)</p> <p><input type="checkbox"/> No      Please complete the remainder of this form.</p>		
<p><b>2) MEDICAL CERTIFICATION DEFINITION:</b></p> <p><i>The client/applicant must be either:</i></p> <p>2a) A person younger than 21 years of age who has a chronic physical or developmental condition that:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Will last or is expected to last for at least 12 months; <b>and</b></li> <li>• Results or, if not treated, may result in limits to one or more major life activities; <b>and</b></li> <li>• Requires health and related services of a type or amount beyond those required by children generally; <b>and</b></li> <li>• Has a physical (body, bodily tissue or organ) manifestation; <b>and</b></li> <li>• May exist with accompanying developmental, mental, behavioral, or emotional conditions; <b>but</b></li> <li>• Is <b>not</b> solely a delay in intellectual development or solely a mental, behavioral, and/or emotional condition.</li> </ul> <p><b>OR</b></p> <p>2b) A person of any age who has cystic fibrosis.</p> <p><b>I certify that the client/applicant meets the above definition.</b>    <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Primary Diagnosis (must meet definition 2a or 2b): ICD-9-CM Code &amp; Descriptor (required):</b></p> <p>_____</p>		
<p><b>OTHER DIAGNOSES AND CONDITIONS:</b></p> <p>ICD-9-CM code: _____ Descriptor: _____</p> <p>ICD-9-CM code: _____ Descriptor: _____</p> <p>ICD-9-CM code: _____ Descriptor: _____</p>		
<p><b>3) QUESTIONS FOR INITIAL APPLICATION TO CSHCN:</b> (If renewing, go to the next section)</p> <p>Is the applicant's condition a result of a traumatic injury or accident?    <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes, date of trauma or accident? _____</p> <p>If hospitalized, date of discharge home? _____</p> <p>Date of admission to rehab. facility? _____</p> <p>For applicants less than 1 year old: Was the child born before 36 weeks gestation?    <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes, date of discharge home after birth? _____</p> <p>Has the child spent 14 consecutive days out of the hospital?    <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No</p>		
<b>NOT VALID WITHOUT A PHYSICIAN OR DENTIST SIGNATURE ON PAGE 2</b>		

## Forma de CSHCN de Derechos y Obligaciones – Lado 2

### 3. Beneficios de Otras Fuentes

Comprendo que antes de que CSHCN pueda pagar por los servicios, se les deberá haber pedido a todos los otros seguros o programas de asistencia que pagaran los servicios y se rehusaron. Comprendo que la ley estatal me permite hacer que los beneficios de seguro sean pagados directamente a CSHCN. En ese caso, la compañía de seguro de salud puede pagar a CSHCN directamente por cualquier gasto de CSHCN para mis cuidados. Al firmar esta forma, estoy declarando que CSHCN puede cobrar el(los) pago(s) de beneficio de cualquier seguro de salud destinado para mí. También estoy de acuerdo en que mi compañía de seguro puede pagar directamente a mis proveedores de cuidados de salud por los beneficios y servicios recibidos de y a través de CSHCN.

Estoy de acuerdo en que si alguna vez yo recibo un dinero de una demanda resultada de el incidente(s) que provocó que yo necesitara los servicios CSHCN, yo volveré a pagar el costo de los servicios que CSHCN me ha otorgado. Entiendo que si CSHCN me

paga de más o me paga por error el costo de servicio(s), yo debo devolver el dinero extra a CSHCN. En caso de no hacerlo, CSHCN puede tomar la cantidad que les debo de cualquier dinero que CSHCN me pague en el futuro. Cuando mi elegibilidad de CSHCN expire, yo o mis herederos, pagarán ese dinero en una suma total. El pago será hecho dentro de un tiempo razonable después de que CSHCN me informe que le debo dinero a CSHCN.

### 4. Liberación de Información

Al firmar este documento, estoy de acuerdo en que CSHCN puede liberar toda la información necesaria para determinar la elegibilidad, pagar reclamaciones u otorgarme servicios a mí. También estoy de acuerdo en que las otras entidades pueden liberar toda la información necesaria para determinar elegibilidad, pagar reclamaciones u otorgarme servicios a mí. La información que puede ser liberada incluye, pero no está limitada, a la información de ingresos y médica. Este permiso durará por un (1) año a partir de la fecha de mi firma.

**Al firmar este documento al calce, estoy diciendo que he leído este documento completo. Yo comprendo este documento completo. Estoy de acuerdo en atenerme a los términos establecidos en este documento. Todo lo que he escrito en todas las formas para solicitar el Programa CSHCN es verdadero, correcto y completo. No he omitido nada que se me haya preguntado en las formas. Entiendo que si retengo cualquier hecho o doy información que no es verdadera, puedo estar haciendo algo que está en contra de la ley, y puedo tener que sufrir las consecuencias de mi acción.**

Nombre de la Persona que solicita el Programa CSHCN (letra de molde, por favor):

Firma de la Persona que solicita el Programa CSHCN:

Fecha:

*¿La persona que está solicitando el programa CSHCN es un menor o está bajo custodia? De ser así, el padre o madre, el custodio o el tutor (como corresponda) debe firmar abajo. Él (ella) también debe establecer su parentesco con la persona que está solicitando el Programa CSHCN.*

Nombre de la Persona Autorizada para el Consentimiento (letra de molde, por favor):

Parentesco con la persona que solicita el Programa CSHCN:

Firma de la Persona Autorizada para el Consentimiento:

Fecha:



Para solicitar CSHCN, por favor complete esta forma.

## Forma de CSHCN de Derechos y Responsabilidades – Lado 1

**Por Favor Tome Nota:** Si usted desea que CSHCN procese sus formas, usted debe firmar y fechar el Lado 2 de esta forma.

### 1. Derechos de la Persona que está Solicitando CSHCN

Al firmar este documento, yo indico que comprendo lo que dice este documento. Yo comprendo que CSHCN es el Programa para Niños con Necesidades Especiales de Salud del Departamento de Salud de Texas. Yo comprendo que tengo el derecho de saber toda la información que CSHCN reciba acerca de mí. Yo comprendo que si yo pido esta información, tengo el derecho a que me la den. Tengo el derecho a revisarla. Tengo el derecho de pedir a CSHCN que corrija cualquier información que no esté correcta. Comprendo que este sitio de Internet me dirá la forma en la que mi información se mantendrá privada:

<http://www.tdh.state.tx.us/privacy.htm>

Comprendo que tengo el derecho a ser tratado imparcialmente e igualmente sin importar la raza, color, credo, religión, nacionalidad, género, edad, creencias políticas o discapacidades. Comprendo que este tratamiento será consistente con la ley estatal y federal. Si yo pienso que no he sido tratado imparcialmente e igualmente, puedo llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud y Humanos de los Estados Unidos al 1-800-368-1019.

Comprendo que cualquier cosa que escriba en la solicitud de CSHCN no será compartida con las oficinas de IRS ni con las de INS.

### 2. Obligaciones de la Persona que Solicita CSHCN

Comprendo que debo poner solamente la información veraz, correcta y completa en la solicitud de CSHCN. Yo contestaré cada pregunta completamente. No dejaré fuera ninguna información requerida en la

solicitud. Comprendo que CSHCN puede pedirme que pruebe alguna información que haya escrito en la solicitud de CSHCN. Si es así, debo de proporcionar a CSHCN la prueba requerida.

Comprendo que debo hacer del conocimiento de CSHCN cualquier cambio en los hechos acerca de mí mismo. Estos hechos incluyen mi dirección, número telefónico, ingresos, cobertura para atención a la salud y situación familiar. Si ocurre algún cambio, debo notificar a CSHCN dentro de 30 días, y no justo a tiempo para presentar mi siguiente aplicación a CSHCN.

Comprendo que debo tener la intención de permanecer en Texas. No debo declarar ser un residente de otro estado o país. Comprendo que CSHCN no puede pagar por servicios para cualquier persona que venga a Texas de cualquier otro lugar solamente para obtener cuidado médico.

Comprendo que debo utilizar solamente a los proveedores de atención a la salud afiliados a CSHCN. Un proveedor que no está afiliado a CSHCN puede proporcionar servicios a un cliente de CSHCN, pero CSHCN no puede pagar por los servicios.

Comprendo que debo pagar cualquier dinero que yo deba a CSHCN. Comprendo que debo pagar el dinero aunque ya no sea elegible para CSHCN. Comprendo que si me retiro de CSHCN, aún debo pagar el dinero que deba.

Comprendo que debo volver a aplicar a CSHCN puntualmente cada seis (6) meses. Debo volver a aplicar en o antes de la fecha en que expira mi elegibilidad.

Yo comprendo que las reglas de CSHCN describen todos mis derechos y obligaciones con respecto a esta solicitud y a los servicios de CSHCN. Comprendo que si pido verla, CSHCN me dará una copia de la reglamentación. Estoy de acuerdo en apegarme a todas las reglas de CSHCN.

## Forma de CSHCN de Datos de Otro Seguro de Salud – Lado 2

Por favor llene esta forma si una **segunda persona** está solicitando asistencia de CSHCN. Puede usted sacar una copia de este documento en blanco para utilizarlo para cada una de las personas que están aplicando para el Programa CSHCN.

Nombre de la persona que aplica para CSHCN: (Nombre, Inicial, Apellido)	No. de Caso de CSHCN	Fecha de Nacimiento
¿Esta persona tiene Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es <b>Sí</b> anote el número de Medicaid: _____ y <b>adjunte una copia</b> de la tarjeta o una carta de <b>Medicaid</b> .	
Si la respuesta es <b>No</b> , ¿esta persona ha aplicado a Medicaid en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es <b>Sí</b> , por favor <b>adjunte una copia de la Carta de Determinación de Medicaid</b> . Si Medicaid aún no le ha contestado, por favor envíe una copia de la carta en cuanto la reciba.	
¿Esta persona tiene CHIP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es <b>Sí</b> , por favor <b>adjunte una copia de la tarjeta de CHIP</b> .	
Si la respuesta es <b>No</b> , ¿esta persona ha aplicado a TexCare para cobertura de salud en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es <b>Sí</b> , por favor <b>adjunte una copia de la Carta de Determinación de TexCare</b> . Si TexCare aún no le ha contestado, por favor envíe una copia de la carta en cuanto la reciba.	
¿Tiene esta persona cualquier otro seguro de salud además de Medicaid o CHIP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es <b>Sí</b> , por favor llene el siguiente bloque por cada seguro de salud que cubra a la persona que está aplicando para CSHCN. Adjunte una copia del frente y reverso de cada tarjeta de seguro.	
<b>Póliza 1</b> ¿Qué tipo de seguro es? <input type="checkbox"/> Sólo Medicamentos de Prescripción <input type="checkbox"/> Médico Mayor <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Sólo Dental <input type="checkbox"/> Sólo de Visión <input type="checkbox"/> Otra (Descripción) _____		
Prima Mensual Pagada \$ _____	¿Incluye cobertura para sus dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Deducible \$ _____
Nombre del Empleador (si el seguro está relacionado con el trabajo): _____ No. de Teléfono del Empleador: (    ) _____	Fecha de Vigencia de la Cobertura: _____	
Nombre del empleado (si el seguro está relacionado con el trabajo) _____ No. del Seguro Social: _____	Fecha de Vencimiento de la Cobertura: _____	
Compañía de Seguros: _____	Teléfono (    ) _____	No. de Póliza _____
Dirección para presentar reclamaciones por esta póliza (Calle o Apartado Postal, Ciudad Estado, Código Postal): _____		
<b>Póliza 2</b> ¿Qué tipo de seguro es? <input type="checkbox"/> Sólo Medicamentos de Prescripción <input type="checkbox"/> Médico Mayor <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Sólo Dental <input type="checkbox"/> Sólo de Visión <input type="checkbox"/> Otra (Descripción) _____		
Prima Mensual Pagada \$ _____	¿Incluye cobertura para sus dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Deducible \$ _____
Nombre del Empleador (si el seguro está relacionado con el trabajo): _____ No. de Teléfono del Empleador: (    ) _____	Fecha de Vigencia de la Cobertura: _____	
Nombre del empleado (si el seguro está relacionado con el trabajo) _____ No. del Seguro Social: _____	Fecha de Vencimiento de la Cobertura: _____	
Compañía de Seguros: _____	Teléfono (    ) _____	No. de Póliza _____
Dirección para presentar reclamaciones por esta póliza (Calle o Apartado Postal, Ciudad Estado, Código Postal): _____		



Para aplicar a CSHCN, por favor llene esta forma.  
**Forma de CSHCN de Datos de Otro Seguro de Salud – Lado 1**

Llene esta forma para la persona que desea obtener asistencia de CSHCN. Llene el Lado 2 si otra persona está aplicando a CSHCN. Usted puede sacar una copia de este documento en blanco para utilizarlo para cada una de las personas que están aplicando a CSHCN.

Nombre de la persona que aplica a CSHCN: (Nombre, Inicial, Apellido)		No. de Caso de CSHCN	Fecha de Nacimiento
¿Esta persona tiene Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es <b>Sí</b> anote el número de Medicaid: _____ y <b>adjunte una copia</b> de la tarjeta o una carta de <b>Medicaid</b> .	
Si la respuesta es <b>No</b> , ¿esta persona ha aplicado a Medicaid en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es <b>Sí</b> , por favor <b>adjunte una copia de la Carta de Determinación de Medicaid</b> . Si Medicaid aún no le ha contestado, por favor envíe una copia de la carta en cuanto la reciba.	
¿Esta persona tiene CHIP?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es <b>Sí</b> , por favor <b>adjunte una copia de la tarjeta de CHIP</b> .	
Si la respuesta es <b>No</b> , ¿esta persona ha aplicado a TexCare para cobertura de salud en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es <b>Sí</b> , por favor <b>adjunte una copia de la Carta de Determinación de TexCare</b> . Si TexCare aún no le ha contestado, por favor envíe una copia de la carta cuando la reciba.	

¿Tiene esta persona cualquier otro seguro de salud además de Medicaid o CHIP?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es <b>Sí</b> , por favor llene el siguiente bloque por cada seguro de salud que cubra a la persona que está aplicando para CSHCN. Adjunte una copia del frente y reverso de cada tarjeta de seguro.
---	---	---

<b>Póliza 1</b> ¿Qué tipo de seguro es?	<input type="checkbox"/> Médico Mayor	<input type="checkbox"/> HMO	<input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> Sólo Dental	<input type="checkbox"/> Sólo de Visión
<input type="checkbox"/> Sólo Medicamentos de Prescripción	<input type="checkbox"/> Otra (Descripción) _____				
Prima Mensual Pagada \$ _____	¿Incluye cobertura para sus dependientes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Deducible \$ _____		
Nombre del Empleador (si el seguro está relacionado con el trabajo): _____		Fecha de Vigencia de la Cobertura: _____			
No. de Teléfono del Empleador: ( ) _____					
Nombre del empleado (si el seguro está relacionado con el trabajo) _____		Fecha de Vencimiento de la Cobertura: _____			
No. del Seguro Social: _____					
Compañía de Seguros: _____	Teléfono ( ) _____	No. de Póliza _____	No. de Grupo _____		
Dirección para presentar reclamaciones por esta póliza (Calle o Apartado Postal, Ciudad Estado, Código Postal): _____					

<b>Póliza 2</b> ¿Qué tipo de seguro es?	<input type="checkbox"/> Médico Mayor	<input type="checkbox"/> HMO	<input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> Sólo Dental	<input type="checkbox"/> Sólo de Visión
<input type="checkbox"/> Sólo Medicamentos de Prescripción	<input type="checkbox"/> Otra (Descripción) _____				
Prima Mensual Pagada \$ _____	¿Incluye cobertura para sus dependientes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Deducible \$ _____		
Nombre del Empleador (si el seguro está relacionado con el trabajo): _____		Fecha de Vigencia de la Cobertura: _____			
No. de Teléfono del Empleador: ( ) _____					
Nombre del empleado (si el seguro está relacionado con el trabajo) _____		Fecha de Vencimiento de la Cobertura: _____			
No. del Seguro Social: _____					
Compañía de Seguros: _____	Teléfono ( ) _____	No. de Póliza _____	No. de Grupo _____		
Dirección para presentar reclamaciones por esta póliza (Calle o Apartado Postal, Ciudad Estado, Código Postal): _____					



## Solicitud para el programa CSHCN – Lado 2

Si usted es un adulto solicitando inscripción al programa CSHCN para usted mismo, puede dejar en blanco los espacios de la "m" a la "p".

**Niño(a) 1 (o Adulto que  
está solicitando CSHCN)**

**Niño(a) 2**

**Niño(a) 3**

m. Primer nombre e inicial de la mamá del niño(a)			
n. Apellido de la mamá del niño(a)			
o. Primer nombre e inicial del papá del niño(a)			
p. Apellido del papá del niño(a)			

3. En esta tabla, escriba el/los nombre(s) de cualquier otro padre o padrastro (madre o madrastra) que vivan con usted y con los niños de los que escribió en las Partes 1 y 2 de esta forma. Por favor incluya el/los nombre(s) aunque ya los haya anotado en la Parte 2 de esta forma.

Nombre	Inicial	Apellido	Parentesco con la persona que solicita CSHCN

4. En esta tabla, escriba todos los ingresos ACTUALES antes de impuestos de toda su familia. Asegúrese de incluir sueldos (pagos por empleo) compensaciones por desempleo, Seguro Social, manutención infantil o cualquier otro ingreso que reciba de manera regular. **Debe enviar a CSHCN una copia de algún documento que pruebe cada uno de los tipos de ingresos que anote aquí.** El documento debe mostrar el ingreso total actual de su familia de esa fuente. Para ver una lista de los documentos que CSHCN acepta como comprobante de ingresos, por favor refiérase a la página 11 de este folleto.

Nombre de la persona que recibe el ingreso:	Nombre del Empleador o de la fuente de ingreso	¿Cuánto recibe?	Frecuencia:
Nombre      Inicial      Apellido		\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> 2 veces al mes
		\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> 2 veces al mes
		\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> 2 veces al mes
		\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> 2 veces al mes

5. Usted puede dejar este espacio en blanco. ¿Alguien de su familia paga para que cuiden a un niño o por el cuidado de un adulto con discapacidad para que un miembro de la familia pueda trabajar o recibir entrenamiento?     No     Sí -  
Si la respuesta es **Sí**, por favor llene la siguiente tabla:

Persona o compañía que lo cuida y teléfono	Primer nombre de la persona que recibe los cuidados	Primer nombre de la persona que paga por el cuidado	¿Cuánto se paga por los cuidados de niños y de adultos con discapacidad?
Nombre de Persona o Compañía:			Total de todos los pagos por cuidados.
Teléfono:			
Nombre de Persona o Compañía:			
Teléfono:			

6. Usted puede dejar este espacio en blanco. ¿Alguien de su familia paga manutención infantil y/o pensión alimenticia a cualquier persona fuera de su hogar?

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es <b>Sí</b> , usted debe enviar a CSHCN un comprobante de cuánto y cada cuándo se paga.
Manutención infantil	\$ _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual
Pensión Alimenticia	\$ _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual

7. Para servirle mejor, CSHCN necesita mantenerse en contacto. En esta tabla, por favor anote el nombre, dirección y número de teléfono(s) de alguien a quien le podamos llamar en caso de que no lo podamos encontrar a usted. Usted puede dejar este espacio en blanco.

Nombre completo de la otra persona que podemos contactar: _____	
Dirección: _____	
Calle	Ciudad
Estado	Zip
Número de Teléfono(s): (    )                                      (    )	



# Solicitud para el Programa CSHCN, Lado 1

## Para aplicar a CSHCN, por favor llene esta forma.

Por favor use tinta azul o negra únicamente. ¿Necesita ayuda para llenar esta forma? Llame al 1-800-252-8023.

Por favor maque una opción:

Esta es la **primera vez** que solicita asistencia de CSHCN.  Esta es una **reaplicación** para un cliente de CSHCN.

1. Nombre \_\_\_\_\_

Este nombre es de (marque uno):

Niño(a) que solicita asistencia de CSHCN  Padre o Madre  Tutor  Adulto que solicita asistencia de CSHCN  Otro \_\_\_\_\_

Dirección de la casa: Calle \_\_\_\_\_ Departamento/ No. de Lote: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Dirección electrónica \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Si necesitamos llamarle o escribirle ¿qué idioma prefiere? Marque uno:  Inglés  Español  Vietnamita  Otro

2. Por favor llene esta tabla con la información de todos los niños(as) que viven en su casa y que están aplicando para CSHCN. Utilice otra hoja si es necesario. Recuerde: para poder aplicar para CSHCN el niño(a) **debe vivir** en su casa.

	Niño(a) 1 (o Adulto que está aplicando a CSHCN)	Niño(a) 2	Niño(a) 3
a. Primer nombre e inicial del Niño(a) o Adulto aplicando a CSHCN			
b. Apellido del Niño(a) o Adulto aplicando a CSHCN			
c. No. de Caso de CSHCN			
d. Parentesco con usted			
e. Fecha de nacimiento (mes/día/año)			
f. Sexo (¿Esta persona es de género Masculino o Femenino?)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
g. Esta persona, ¿asiste a la escuela o universidad durante el año escolar regular?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
h. ¿Está usted inscribiendo a esta persona al Programa CSHCN?	<input type="checkbox"/> Aplicando a CSHCN <input type="checkbox"/> No aplicando a CSHCN	<input type="checkbox"/> Aplicando a CSHCN <input type="checkbox"/> No aplicando a CSHCN	<input type="checkbox"/> Aplicando a CSHCN <input type="checkbox"/> No aplicando a CSHCN
i. ¿Dónde vive esta persona? (Marque un cuadro de la lista para cada uno).	<input type="checkbox"/> Hogar Privado (con la familia/solo) <input type="checkbox"/> Hogar adoptivo <input type="checkbox"/> Instalaciones ICF-MR <input type="checkbox"/> Asilo/Nombre del lugar: _____ <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hogar Privado (con la familia/solo) <input type="checkbox"/> Hogar adoptivo <input type="checkbox"/> Instalaciones ICF-MR <input type="checkbox"/> Asilo/Nombre del lugar: _____ <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hogar Privado (con la familia/solo) <input type="checkbox"/> Hogar adoptivo <input type="checkbox"/> Instalaciones ICF-MR <input type="checkbox"/> Asilo/Nombre del lugar: _____ <input type="checkbox"/> Otro
j. ¿Es ciudadano(a) de EUA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
k. Número de Seguro Social (puede dejar este espacio en blanco)			
l. Raza (puede dejar este espacio en blanco).			

## Documentos que CSHCN acepta como comprobantes de Domicilio, Fecha de Nacimiento e Ingresos (continuación)

<b>c. Prueba de Ingresos:</b> Esta lista le indica lo que CSHCN acepta como comprobante de Ingresos. Usted necesita incluir <b>sólo uno</b> de estos cuando solicite asistencia de CSHCN.	
Si trabaja Independientemente: Devoluciones de Impuesto de Ingresos (Income Tax) y todos los programas suplementarios (firmados y fechados) o una impresión de IRS	Antes de 4/15 – devolución previa Después de 4/15 – devolución actual
Forma de Declaración de Ingresos como Independiente de CSHCN (SEI)	Fechada dentro de los últimos 60 días
Un talonario de pago de sueldo bruto de cada persona empleada	Fechada dentro de los últimos 60 días
Carta de su empleador con su ingreso bruto y periodicidad de pago (firmada y fechada), o una Forma de Verificación de Empleo de CSHCN	Fechada dentro de los últimos 60 días
Forma Medicaid de Verificación de Ingresos (Forma TDHS 1028).	Fechada dentro de los últimos 60 días
Pagos/Recibos por Sostenimiento de Menores, decreto de divorcio, documentación de la oficina del Abogado General, o cheque ya pagado de un ex-cónyuge	Archivo más reciente
Compensación al Trabajador o Cheque de Ingresos de Desempleado o Carta de Aprobación	Fechada dentro de los últimos 60 días
Ingresos de Seguro Social o Ingresos por Beneficio de Discapacidad o muerte Recibo SSI reciente – Carta más reciente Carta de Adjudicación SSI – Fechada dentro de los últimos 60 días Estado de Cuenta Bancario que muestre un Depósito Directo de SSI	Fechado dentro de los últimos 60 días  Carta más reciente Fechado dentro de los últimos 60 días

**Comenzando en la siguiente página de este folleto,  
usted encontrará las formas que debe llenar para  
aplicar al Programa CSHCN.**

**¿Necesita ayuda con sus formas?  
Por favor llame al 1-800-252-8023.**

## Documentos que CSHCN acepta como comprobantes de Domicilio, Fecha de Nacimiento e Ingresos

<p><b>a. Comprobante de Domicilio:</b> Para ser cliente de CSHCN, usted debe probar que vive en Texas. A continuación presentamos una lista de los documentos que CSHCN acepta como comprobantes. Debe utilizar un comprobante que muestre la misma dirección que usted anoto en la solicitud de CSHCN. También debe mostrar el nombre de un padre, tutor, abuelo(a), pariente u otro adulto. Si su dirección de correo es un Apartado Postal, debe usted incluir un comprobante de su dirección física (del lugar en el que vive). En la mayoría de los casos, sólo es necesario incluir <b>un comprobante</b> de domicilio. CSHCN le avisará si se requieren más.</p>	
Licencia de Manejo de Texas o Credencial de Identificación DPS (se aceptan las provisionales)	No debe estar vencida
Recibo de Pago de Hipoteca o Recibo de Renta (con nombre, teléfono y dirección de la persona a la que se renta)	Fecha dentro de los últimos 60 días
Contrato de Arrendamiento	No debe estar vencido
Registro de Vehículo Motorizado de Texas	Fecha en el año en curso
Credencial para Votar de Texas (Texas Voter Registration)	No debe estar vencida
Recibos de Servicios (luz, agua o gas) y Recibos de Teléfono	Fecha dentro de los últimos 60 días
Matrícula Escolar que muestre la asistencia a una escuela en Texas	Fecha en el año escolar en curso
Forma de Identificación de Medicaid o Tarjeta del Plan de Salud de CHIP	No debe estar vencida
Si la persona que desea obtener asistencia de CSHCN no tiene hogar: Presentar una declaración de intención de permanecer en Texas o una carta del refugio que demuestre que reside en una instalación, o bien, la verificación de un trabajador social del lugar en el que el cliente/solicitante está viviendo actualmente.	Fecha dentro de los últimos 60 días
<p><b>b. Comprobante de Fecha de Nacimiento:</b> Esta lista incluye los documentos que CSHCN acepta como comprobantes de Fecha de Nacimiento de la persona que está solicitando ayuda de CSHCN. Usted necesita incluir <b>sólo uno</b> de estos.</p>	
Certificado de Nacimiento	
Pasaporte de EUA	
Registro de Nacimiento del hospital o de alguna institución pública de salud	
Registro del Departamento de Estadísticas Demográficas (Bureau of Vital Statistics [BVS])	
Documentos o Registros de Adopción	
Forma de Identificación de Medicaid*	
Tarjeta del Plan de Salud de CHIP	
Registro de Censo de Indios (Nativos Americanos)	
Registros de Escuela o de Guardería	
Registros del Servicio de Inmigración y Naturalización	
Registros del Abogado General de Paternidad para Sostenimiento de Menores	
Registros de la Administración del Seguro Social (Social Security)	
Orden de la Corte para sostenimiento de menores	

Por favor incluya una copia de ambos lados de la tarjeta de cada seguro que cubre a la persona que está solicitando asistencia de **CSHCN**. Este requisito incluye también las tarjetas de cualquier plan de seguro que cubre únicamente medicamentos de prescripción o sólo servicios dentales o, sólo servicios de la visión.

Si usted está solicitando asistencia de **CSHCN** para más de una persona, por favor incluya una copia de ambos lados de cada una de las tarjetas de seguro de cada persona.

### C. Forma de **CSHCN** de Derechos y Responsabilidades (Páginas 17 a 18 de este folleto)

Por favor lea esta forma con mucho cuidado. Después, por favor anote la fecha y firmela. Su firma en esta forma significa que usted entiende sus derechos con respecto a **CSHCN**. También nos dice que usted entiende lo que la ley determina que usted debe hacer para poder

solicitar asistencia de **CSHCN** de una manera apropiada y justa. Si usted es aprobado para asistencia de **CSHCN** y se convierte en un cliente de **CSHCN**, nosotros le enviaremos una copia de esta información para su archivo.

### D. Forma para la Evaluación del Médico/Dentista (PAF, por las siglas en inglés de *Physician Assessment Form*)

(Páginas 19 a 22 de este folleto)

La PAF es la Forma para la Evaluación del Médico/Dentista. La PAF es un documento clave de su papelería para solicitar asistencia de **CSHCN**. Pero usted no necesita llenarlo. La función de usted es la de **asegurarse que su médico llene la forma PAF**. Después **usted debe enviar la forma PAF a CSHCN**, o asegurarse de que su médico la ha enviado a **CSHCN**. La forma PAF está en las Páginas 19 a 22 de este folleto. Usted puede desprender la forma PAF y llevarla a su médico. Asegúrese de desprender las dos páginas que conforman la forma para que su médico las llene. La parte posterior de la primera página de la forma PAF le informa a su médico, en Español, la manera de llenar la forma. La parte posterior de la segunda página le informa a su médico, en Inglés, la manera de llenar la forma. En algunos casos, el dentista puede ser capaz de llenar la forma PAF. Por favor comuníquese con **CSHCN** si usted piensa que, en su caso, un dentista es la persona adecuada para llenar la forma PAF.

Usted debe solicitar que el médico llene una forma PAF para cada persona que está solicitando asistencia de **CSHCN**. Si la persona ve a más de un médico, cualquiera de los médicos pueden, llenar la forma PAF. Si usted necesita ayuda para encontrar un médico que llene la forma PAF, por favor llame a **CSHCN**. Después que el médico llene la forma PAF, usted debe enviarla a la oficina local de **CSHCN**. (Para localizar la oficina local **CSHCN** que le corresponde a usted, por favor vea la Página 4 de este folleto).

Si usted está solicitando asistencia de **CSHCN** por primera vez, usted necesitará una forma PAF de su médico. Después, usted necesitará una nueva forma PAF sólo una vez al año, no cada vez que reaplique para el Programa **CSHCN** (cada 6 meses).

**¿Necesita ayuda para llenar las formas?**

**Por favor llame al 1-800-252-8023.**

## B. Forma de CSHCN de Datos de Otro Seguro de Salud (Página 15 de este folleto)

Por favor llene una forma para cada persona que está solicitando asistencia de CSHCN. El folleto contiene 2 copias de la misma forma (una de cada lado de la página 15). Si usted está solicitando asistencia de CSHCN para más de dos personas, puede hacer una copia de la página 15, o utilizar otro papel. Si usted está reapplicando a CSHCN, por favor anote el número de caso CSHCN en la casilla correspondiente.

### Medicaid y CHIP

En la mayoría de los casos, si usted desea obtener asistencia de CSHCN, usted debe también aplicar para Medicaid o CHIP. Usted NO NECESITA aplicar para Medicaid o CHIP si:

- Usted tiene 19 ó más años de edad; o
- Usted no es un ciudadano de EUA ni un residente legal de EUA; o
- Usted tiene cobertura de CHIP actualmente; o
- Usted tiene cobertura de Medicaid actualmente.

¿La persona que solicita asistencia del Programa CSHCN ya tiene cobertura de Medicaid? Si es así, por favor investigue si Medicaid ha enviado una carta de determinación y si está fechada dentro de los últimos seis meses. Si usted tiene una carta así, debe enviarnos una copia de la misma (o una copia del frente de su forma de identificación de Medicaid) junto con el resto de la papelería cuando solicite asistencia de CSHCN. Si la carta tiene más de seis meses de antigüedad, usted debe aplicar a Medicaid al mismo tiempo que solicite asistencia de CSHCN.

¿La persona que solicita el Programa CSHCN ya tiene cobertura CHIP? Si es así, por favor investigue si CHIP ha enviado una carta de determinación y si está fechada dentro de los últimos seis meses. Si usted tiene una carta así, debe enviarnos una copia de la misma (o una copia del frente y reverso de su tarjeta de identificación CHIP) junto con el resto de la papelería cuando solicite asistencia de CSHCN. Si la carta tiene más de seis meses de antigüedad, usted deberá volver a aplicar a CHIP antes de que pueda solicitar asistencia de CSHCN.

¿Usted ya aplicó para Medicaid o CHIP pero no ha recibido ninguna respuesta? Si es así, usted tiene 60 días para enviar a CSHCN la carta de determinación de Medicaid o CHIP. Para averiguar que tipo de determinaciones acepta CSHCN, llame a su oficina local de CSHCN. (Vea la Página 4 para localizar la oficina de CSHCN cerca de usted). Durante este período de 60 días, usted puede enviar a CSHCN cualquier otra papelería que nosotros necesitemos para completar su solicitud. CSHCN le dirá lo que necesitamos y cuanto tiempo tiene usted para enviarlo.

¿Usted ya aplicó para Medicaid o CHIP y recibió una negación? Si usted ya aplicó a Medicaid o CHIP y TexCare le envió una carta de negación, por favor revise la fecha de la carta. Si la carta tiene una fecha reciente (máximo 6 meses), usted debe incluir una copia de esa carta junto con las otras formas cuando solicite asistencia del programa CSHCN. Si la fecha de la carta es anterior a seis meses, usted debe volver a aplicar para Medicaid o CHIP.

Si usted no ha aplicado a Medicaid o CHIP. Usted puede obtener una forma para aplicar a Medicaid o CHIP llamando al número sin cargo de TexCare: 1-800-647-6558. Llame a ese mismo número si tiene preguntas, desea más información o necesita ayuda para llenar la forma. Para descargar una copia de la forma o para aplicar en línea, visite la página de TexCare en la Red: <http://www.texcarepartnership.com/> (La página de Internet está en Inglés y en Español). Si recibe una carta de TexCare, por favor envíe una copia de la misma a CSHCN dentro de los 60 días.

### Seguro Privado de Salud

¿La persona que solicita asistencia de CSHCN tiene cobertura de cualquier seguro privado de salud?

De ser así, por favor llene un bloque de esta forma por cada póliza de seguro que cubra a la persona cuyo nombre anotó en la parte superior de la forma. Si esta persona tiene más de dos planes de seguro de salud que lo cubren, usted puede sacar una copia de esta página o utilizar otro papel.

**Renglón (h)** – Por favor marque la pequeña caja junto a la frase “Aplicando a **CSHCN**” en la columna bajo el nombre de **cualquier** niño que necesite **CSHCN**. Si usted no desea obtener **CSHCN** para uno en los niños en la lista, por favor marque la casilla junto a la frase “No aplicando a **CSHCN**” en la columna con el nombre de ese niño(a).

**Renglón (k)** – Número de Seguro Social. Usted puede dejar este espacio en blanco si lo desea.

**Renglones (m) a (p)** – Para un hijo(a) adoptivo o una persona de más de 21 años de edad, usted no necesita anotar los nombres de los padres. ¿Es usted un adulto casado que solicita asistencia de **CSHCN**? Por favor anote el nombre de su esposo(a) en este lugar y también anote la palabra “cónyuge”.

### ■ Parte 3

Por favor anote cualquier otro padre (o madre) o padrastro (o madrastra) que viva con usted y los niños, aunque ya haya anotado sus nombre(s) en la Parte 2.

### ■ Parte 4

Por favor incluya todos los ingresos **actuales** de su familia. Incluya los sueldos, pagos por compensación de desempleo, Seguro Social, manutención infantil o cualquier otro dinero que

usted reciba de manera regular. **Por cada tipo de ingreso, usted debe incluir una copia de un documento como comprobante.** El documento debe reflejar el total **actual** que su familia recibe como ingresos de esa fuente. El documento puede ser una copia de cualquiera de los siguientes: un talón de pago fechado dentro de los últimos 60 días, su devolución de impuestos más reciente, su estado de cuenta más reciente del Seguro Social, un cheque reciente de pago de manutención infantil, o una carta de su empleador que nos informe de sus ingresos. Por favor vea la página 11 de este folleto en donde encontrará una lista de los documentos que **CSHCN** acepta como comprobantes de ingresos.

### ■ Partes 5 y 6

Usted puede dejar cualquiera de estos dos espacios (o ambos) en blanco. Usted no necesita llenarlos a menos que desee que **CSHCN** tome esa información en cuenta cuando se analice su solicitud.

### ■ Part 7

Algunas veces, **CSHCN** necesita ponerse en contacto con un cliente o su familia, pero no podemos localizarlo. ¿Le gustaría que tuviéramos el nombre de otra persona con la cual pudieramos comunicarnos en ese caso? De ser así, por favor incluya el nombre completo de esta persona y también llene el resto de esta parte.

**¿Necesita ayuda para llenar las formas?**

**Por favor llame al  
1-800-252-8023.**



# Instrucciones para Llenar las Formas para Aplicar al Programa CSHCN

Las formas en blanco que usted necesita llenar para aplicar al programa CSHCN están incluidas en este folleto. Están en las Páginas 11 a 21. Usted no necesita enviarnos todo este folleto cuando aplique. Cada página que es una Forma tiene perforaciones para que la pueda desprender, juntarla con el resto de la papelería para aplicar a CSHCN y enviar todo junto a la oficina CSHCN más local. (Para encontrar la oficina local de CSHCN más cerca de usted, por favor vea la Página 4 de este folleto).

- ▶ Cuando llene las formas, por favor utilice **tinta azul o negra** en todas las partes de las formas.
- ▶ Es posible que usted anote datos privados y personales. CSHCN mantiene toda la información en las formas, **privada y confidencial**. No compartimos su información con ninguna persona a menos de que tengamos su consentimiento por escrito.

## Instrucciones para llenar cada una de estas formas:

### A. Solicitud para el Programa CSHCN (Páginas 13 a 14 de este folleto)

#### ■ Parte 1

**Dirección de la Casa – Para ser un cliente de CSHCN, usted debe ser un residente de buena fé (*bona fide*, en Inglés) de Texas.** Para ser un cliente de CSHCN, un niño menor debe tener un padre o madre, tutor o administrador de custodia que sea un residente de buena fé de Texas. Un **residente de buena fé de Texas** es una persona que vive físicamente en Texas, tiene la intención de permanecer en Texas permanentemente o indefinidamente, mantiene su vivienda en Texas, no declara ser residente de otro estado o país y **no se ha mudado a Texas de cualquier otro lugar sólo para recibir cuidados médicos.** Cuando usted solicita asistencia del programa CSHCN, usted debe enviarnos un comprobante de que es un residente de buena fé de Texas. Por favor vea la Página 11 de este folleto en donde encontrará una lista de los documentos que usted puede utilizar como comprobantes. Por favor, no envíe documentos originales a CSHCN (usted los necesita para su archivo). Por favor incluya solamente **una copia** de cada comprobante cuando nos envíe sus formas para solicitar asistencia de CSHCN.

**Otro Teléfono** – Si podemos llamarlo a su trabajo, por favor anote el número en ese espacio. O, anote cualquier otro número de teléfono al que podamos llamarle.

#### ■ Parte 2

Por favor llene un bloque para cada niño que vive con usted, aún aquéllos para **los que no** quiere asistencia de CSHCN. Si más de tres niños viven con usted, por favor utilice una hoja adicional para darnos la información de los otros niños. Usted puede solicitar asistencia de CSHCN solamente para los niños que viven en su casa con usted. Si usted es menor de 19 años de edad y vive por su cuenta, usted puede solicitar asistencia de CSHCN para usted directamente.

**Renglón (d)** – Por favor indique el parentesco que cada niño tiene con usted. Por ejemplo, ¿es su hijo? ¿es su hija? ¿su nieto(a), sobrino(a)? Si el niño no tiene parentesco con usted anote “ninguno” en ese renglón. Si usted es el tutor legal del niño(a), por favor anote “pupilo” en este renglón.

**Renglón (e)** – **Por favor** incluya un comprobante de la fecha de nacimiento de cada persona que solicita asistencia de CSHCN. Para ver una lista de los documentos que CSHCN acepta como comprobantes de fecha de nacimiento, vea la Página 11 de este folleto.



# Cómo Solicitar Asistencia del Programa CSHCN: 5 Pasos

## ■ Paso 1. Llenar las formas de CSHCN en este folleto. Las formas son:

- Solicitud Para el Programa CSHCN – Página 13
- Forma de CSHCN de Datos de Otro Seguro de Salud– Página 15
- Forma de CSHCN de Derechos y Responsabilidades– Página 17
- CSHCN Physician/Dentist Assesment Form [Forma para la Evaluación del Médico (PAF)] - Página 19 – Su médico debe llenar esta forma.

Para saber como llenar cada forma, por favor lea la guía paso-por-paso en las Páginas 7 a 10 de este folleto.

## ■ Paso 2. Adjuntar los comprobantes requeridos. La lista de comprobantes que CSHCN acepta está en las Páginas 11 a 12. Usted necesitará adjuntarlos.

- a. **Comprobante de residencia** – Para convertirse en cliente de CSHCN, usted debe probar que reside en Texas. Cuando solicite asistencia de CSHCN, cualquier documento que utilice como comprobante de residencia en Texas debe mostrar la misma dirección que usted anotó en la solicitud de CSHCN. Y, debe mostrar el nombre de un padre, guardián, abuelo, familiar u otro adulto. Si su dirección de correo es un apartado postal, usted debe adjuntar un comprobante de su domicilio físico (el lugar donde usted vive). En la mayoría de los casos, usted necesitará adjuntar **sólo un** comprobante de domicilio. CSHCN le dirá si necesita más de uno.
- b. **Comprobante de fecha de nacimiento** (de la persona que solicita asistencia de CSHCN) – Usted tiene que enviar éste solamente una vez: la primera vez que solicite asistencia de CSHCN.
- c. **Comprobante de ingresos** – Vea la Página 12 para saber lo que CSHCN aceptará como comprobante de ingresos.
- d. **Comprobante de cualquier cobertura de seguro médico privado** (copia por ambos lados de la tarjeta) para cada persona que solicita asistencia de CSHCN, y comprobante de cuánto paga como prima (si usted no incluyó un talón de pago que muestre la cantidad).

## ■ Paso 3. Adjuntar otros documentos que CSHCN necesite de usted. Cuando usted solicita asistencia de CSHCN, usted debe llenar y enviar todas las formas mencionadas en el Paso 1. Además, usted debe adjuntar los comprobantes mencionados en el Paso 2. Cuando usted llene la Forma de CSHCN de Datos de Otro Seguro de Salud (Página 15 de este folleto), puede decirle a usted que también necesita enviar uno o ambos de éstos:

- a. **Una carta de TexCare** que no tenga más de 6 meses de expedida, o la tarjeta CHIP por ambos lados, si es necesario. (Vea Página 11 para averiguar si usted necesita enviar este artículo).
- b. Si usted no está adjuntando una carta de TexCare, por favor adjunte **una carta de resolución de Medicaid** si tiene una con una fecha de no más de 6 meses. Usted necesitará una de estas cartas para cada persona que esté solicitando asistencia de CSHCN.

## ■ Paso 4. Envíe todos los artículos de los Pasos 1, 2 y 3 (formas, comprobantes y todos los otros documentos) a su oficina local de CSHCN. Su oficina local de CSHCN también es su oficina local del Departamento de Salud de Texas local (TDH). Para encontrar su oficina local de CSHCN y la oficina de TDH, por favor vea la Página 4 de este folleto. Si tiene preguntas o necesita ayuda, por favor llame a su oficina local de CSHCN.

## ■ Paso 5. Haga que su médico llene la PAF. Luego, usted deberá enviarla, o asegurarse de que su médico la haya enviado. La PAF es la “Forma para la Evaluación del Médico/Dentista”. La PAF es una parte clave de su documentación cuando solicita el CSHCN. Está en la Página 19 de este folleto. Usted puede desprender la PAF y llevarla al médico. Usted mismo no puede llenar la PAF. Debe pedirle a un médico que llene una PAF para cada persona que desee CSHCN. Si la persona ve a más de un médico, cualquiera de ellos puede llenar la PAF. Si usted necesita ayuda para encontrar un médico que llene la PAF, por favor llame a CSHCN. Después de que su médico llene la PAF, usted debe enviarla a su oficina local. Para encontrar su oficina local del CSHCN, por favor vea la Página 4.

# Números Regionales por Nombre de Condado

Anderson - 4/5N	Crane - 9/10	Hartley - 1C	Madison - 7	San Patricio - 11
Andrews - 9/10	Crockett - 9/10	Haskell - 2 WF	Marion - 4/5N	San Saba - 7
Angelina - 4/5N	Crosby - 1L	Hays - 7	Martin - 9/10	Schleicher - 9/10
Aransas - 11	Culberson - 9/10	Hemphill - 1C	Mason - 9/10	Scurry - 2A
Archer - 2WF	Dallam - 1C	Henderson - 4/5N	Matagorda - 6/5S	Shackleford - 2A
Armstrong - 1C	Dallas - 3	Hidalgo - 11	Maverick - 8	Shelby - 4/5N
Atascosa - 8	Dawson - 9/10	Hill - 7	McCulloch - 9/10	Sherman - 1C
Austin - 6/5S	Deaf Smith - 1C	Hockley - 1L	McLennan - 7	Smith - 4/5N
Bailey - 1L	Delta - 4/5N	Hood - 3	McMullen - 11	Somervell - 3
Bandera - 8	Denton - 3	Hopkins - 4/5N	Medina - 8	Starr - 11
Bastrop - 7	DeWitt - 8	Houston - 4/5N	Menard - 9/10	Stephens - 2WF
Baylor - 2 WF	Dickens - 1L	Howard - 9/10	Midland - 9/10	Sterling - 9/10
Bee - 11	Dimmitt - 8	Hudspeth - 9/10	Milam - 7	Stonewall - 2A
Bell - 7	Donley - 1C	Hunt - 3	Mills - 7	Sutton - 9/10
Bexar - 8	Duval - 11	Hutchinson - 1C	Mitchell - 2A	Swisher - 1L
Blanco - 7	Eastland - 2A	Irion - 9/10	Montague - 2WF	Tarrant - 3
Borden - 9/10	Ector - 9/10	Jack - 2WF	Montgomery - 6/5S	Taylor - 2A
Bosque - 7	Edwards - 8	Jackson - 8	Moore - 1C	Terrell - 9/10
Bowie - 4/5N	Ellis - 3	Jasper - 4/5N	Morris - 4/5N	Terry - 1L
Brazoria - 6/5S	El Paso - 9/10	Jeff Davis - 9/10	Motley - 1L	Throckmorton - 2WF
Brazos - 7	Erath - 3	Jefferson - 6/5S	Nacogdoches - 4/5N	Titus - 4/5N
Brewster - 9/10	Falls - 7	Jim Hogg - 11	Navarro - 3	Tom Green - 9/10
Briscoe - 1L	Fannin - 3	Jim Wells - 11	Newton - 4/5N	Travis - 7
Brooks - 11	Fayette - 7	Johnson - 3	Nolan - 2A	Trinity - 4/5N
Brown - 2A	Fisher - 2A	Jones - 2A	Nueces - 11	Tyler - 4/5N
Burleson - 7	Floyd - 1L	Karnes - 8	Ochiltree - 1C	Upshur - 4/5N
Burnet - 7	Foard - 2WF	Kaufman - 3	Oldham - 1C	Upton - 9/10
Caldwell - 7	Fort Bend - 6/5S	Kendall - 8	Orange - 6/5S	Uvalde - 8
Calhoun - 8	Franklin - 4/5N	Kenedy - 11	Palo Pinto - 3	Val Verde - 8
Callahan - 2A	Freestone - 7	Kent - 2A	Panola - 4/5N	Van Zandt - 4/5N
Cameron - 11	Frio - 8	Kerr - 8	Parker - 3	Victoria - 8
Camp - 4/5N	Gaines - 9/10	Kimble - 9/10	Parmer - 1L	Walker - 6/5S
Carson - 1C	Galveston - 6/5S	King - 1L	Pecos - 9/10	Waller - 6/5S
Cass - 4/5N	Garza - 1L	Kinney - 8	Polk - 4/5N	Ward - 9/10
Castro - 1L	Gillespie - 8	Kleberg - 11	Potter - 1C	Washington - 7
Chambers - 6/5S	Glasscock - 9/10	Knox - 2WF	Presidio - 9/10	Webb - 11
Cherokee - 4/5N	Goliad - 8	Lamar - 4/5N	Rains - 4/5N	Wharton - 6/5S
Childress - 1L	Gonzales - 8	Lamb - 1L	Randall - 1C	Wheeler - 1C
Clay - 2WF	Gray - 1C	Lampasas - 7	Reagan - 9/10	Wichita - 2WF
Cochran - 1L	Grayson - 3	LaSalle - 8	Real - 8	Wilbarger - 2WF
Coke - 9/10	Gregg - 4/5N	Lavaca - 8	Red River - 4/5N	Willacy - 11
Coleman - 2A	Grimes - 7	Lee - 7	Reeves - 9/10	Williamson - 7
Collin - 3	Guadalupe - 8	Leon - 7	Refugio - 11	Wilson - 8
Collingsworth - 1C	Hale - 1L	Liberty - 6/5S	Roberts - 1C	Winkler - 9/10
Colorado - 6/5S	Hall - 1L	Limestone - 7	Robertson - 7	Wise - 2WF
Comal - 8	Hamilton - 7	Lipscomb - 1C	Rockwall - 3	Wood - 4/5N
Comanche - 2A	Hansford - 1C	Live Oak - 11	Runnels - 2A	Yoakum - 1L
Concho - 9/10	Hardeman - 2WF	Llano - 7	Rusk - 4/5N	Young - 2WF
Cooke - 3	Hardin - 6/5S	Loving - 9/10	Sabine - 4/5N	Zapata - 11
Coryell - 7	Harris - 6/5S	Lubbock - 1L	San Augustine - 4/5N	Zavala - 8
Cottle - 2WF	Harrison - 4/5N	Lynn - 1L	San Jacinto - 4/5N	

# Oficinas de CSHCN y TDH más cercanas

La oficina principal de CSHCN está en Austin. Pero hay una oficina local de CSHCN cerca de usted. Para aplicar a CSHCN, usted debe enviar toda su papelería a la oficina local de CSHCN más cercana a su domicilio. Hay oficinas locales de CSHCN a través de Texas dentro de las oficinas locales del Texas Department of Health (TDH). A continuación se describe como localizar la oficina CSHCN más cercana a usted:

1. Mire la **Lista de Condados de Texas** en la siguiente página. Encuentre el nombre del condado en el que usted vive.
2. Después del nombre de su condado, en la lista, hay un código de una o varias letras y números.
3. Revise la siguiente lista. Encuentre la oficina que corresponde al código de su condado. Esa es su oficina local de CSHCN.

**Cuando ya esté listo para aplicar a CSHCN, asegúrese de enviar todas las formas y papelería a su oficina de CSHCN local. También puede comunicarse con esa oficina para solicitar información acerca del estatus de su solicitud.**

**1C – Oficina de Canyon**  
*Texas Department of Health PHR 1*  
P.O. Box 60968, WTAMU  
Canyon, TX 79016  
**Teléfono:** (806) 655-7151  
**Fax:** (806) 655-0820

**6/5S – Oficina de Houston**  
*Texas Department of Health PHR 6*  
5425 Polk Avenue, Suite J  
Houston, TX 77023-1497  
**Teléfono:** (713) 767-3111  
**Fax:** (713) 767-3125

**1L – Oficina de Lubbock**  
*Texas Department of Health PHR 1*  
1109 Kemper  
Lubbock, TX 79403  
**Teléfono:** (806) 767-0433  
**Fax:** (806) 767-0403

**7 – Oficina de Austin**  
*Texas Department of Health PHR 7*  
1101 Camino la Costa, Room 210  
Austin, TX 78752-3930  
**Teléfono:** (512) 467-9875  
**Fax:** (512) 458-6204

**2A – Oficina de Abilene**  
*Texas Department of Health PHR 2*  
4601 South First Street, Suite L  
Abilene, TX 79605  
**Teléfono:** (325) 795-5869  
**Fax:** (325) 795-5894

**8 – Oficina de San Antonio**  
*Texas Department of Health PHR 8*  
7430 Louis Pasteur Drive  
San Antonio, TX 78229-4507  
**Teléfono:** (210) 949-2155  
**Fax:** (210) 949-2047

**2WF – Oficina de Wichita Falls**  
*Texas Department of Health PHR 2*  
4309 Jacksboro Hwy, Suite 101 Wichita Falls, TX  
76302-2700  
**Teléfono:** (940) 767-8593  
**Fax:** (940) 767-2374

**9/10 – Oficina de El Paso**  
*Texas Department of Health PHR 9/10*  
P.O. Box 9428, El Paso, TX 79995-9428, or  
401 East Franklin, Suite 200  
El Paso, TX 79901  
**Teléfono:** (915) 834-7675  
**Fax:** (915) 834-7804

**3 – Oficina de Arlington**  
*Texas Department of Health PHR 3*  
1301 South Bowen Road, Suite 200  
Arlington, TX 76013  
**Teléfono:** (817) 264-4627  
**Fax:** (817) 264-4911

**11 – Oficina de Harlingen**  
*Texas Department of Health PHR 11*  
601 West Sesame Drive  
Harlingen, TX 78550-7996  
**Teléfono:** (956) 423-0130  
**Fax:** (956) 444-3294

**4/5N – Oficina de Tyler**  
*Texas Department of Health PHR 4/5 - North*  
1517 West Front Street  
Tyler, TX 75702  
**Teléfono:** (903) 533-5231  
**Fax:** (903) 595-4706

**¿Necesita ayuda para llenar las formas?**

**Por favor llame al 1-800-252-8023.**

Cuando **CSHCN** tenga suficientes fondos, se sacarán de la lista de espera los nombres de algunos clientes. Esos clientes pueden entonces recibir servicios a través de **CSHCN**. Para determinar cuando el nombre de un cliente se pueda sacar de la lista de espera, se toma en consideración: 1) la fecha y la hora de la aprobación de la elegibilidad del cliente, y 2) si el cliente tiene o no una **“necesidad urgente” de beneficios de cuidados de salud**.

El médico del cliente usa la forma PAF para informarle a **CSHCN** acerca del caso del cliente desde el punto de vista médico. El Director Médico de **CSHCN** revisa la información para determinar si la necesidad médica del cliente es urgente. De ser así, y si el cliente no tiene otra forma de pagar por ese servicio de salud, se dice que el cliente tiene una necesidad urgente de recibir beneficios de cuidados de salud. Los clientes con una necesidad urgente de servicios de salud dejan la lista de espera primero, antes de otros clientes que no tienen una necesidad urgente. Si su nombre (o el de su niño) se retira de la lista de espera, usted recibirá una carta y una Tarjeta de Identificación de **CSHCN** que muestra la fecha cuando usted (o su niño) empezará a recibir beneficios de cuidados de salud a través de **CSHCN**.

## Otros Programas de Cuidado de Salud

¿Tiene la persona que está solicitando **CSHCN**, cobertura de cualquier otro seguro de salud? De ser así, usted debe anotar todas estas coberturas cuando solicite asistencia de **CSHCN**. Si un cliente de **CSHCN** tiene Medicaid, CHIP y/o beneficios de un seguro de salud comercial, el cliente debe utilizar esos beneficios antes de usar los de **CSHCN**.

Si usted solicita asistencia de **CSHCN** para una persona que tiene Medicaid, CHIP, seguro privado, o cualquier otra cobertura de cuidados de salud, por favor no cancele la otra cobertura de cuidados de salud. Cualquier cliente de **CSHCN** que haya tenido un seguro antes de que se haya hecho elegible para el Programa **CSHCN** debe mantener vigente esa cobertura o seguro. Si usted no mantiene vigente su seguro o cobertura de

cuidados de salud existentes, usted puede perder sus beneficios de **CSHCN**. **Si su cobertura de cuidados de salud cambia, usted debe informar a CSHCN dentro de los siguientes 30 días.**

## Su Derecho de Apelación

Si usted solicita el ingreso al Programa **CSHCN** y es negado (no aceptado), usted tiene el **derecho de apelar**. Así mismo, cualquier persona tiene el derecho de volver a solicitar en cualquier momento o cuando la situación o condición de esa persona ha cambiado.

Si usted cumple con los lineamientos financieros para Medicaid o CHIP y también cumple con los requerimientos de **CSHCN** en cuanto a edad y residencia, esto significa que usted también es financieramente elegible para **CSHCN**. Pero, para recibir los beneficios de **CSHCN** usted debe aplicar por medio de la presentación de todas las formas usuales de **CSHCN**. Usted también debe demostrar que cumple con los lineamientos médicos de **CSHCN**.

## La Necesidad de Hacerlo Rápidamente

La página 6 de este folleto incluye los cinco pasos que usted deberá llevar a cabo para aplicar a **CSHCN**. Puede ser que usted esté solicitando por primera vez o reaplicando. En cualquier caso, por favor lleve a cabo los cinco pasos lo más rápido que pueda. Si nos envía cualquier papelería más tarde, le tomará más tiempo a **CSHCN** saber si puede usted continuar con **CSHCN** o si va a volver a ser un cliente de **CSHCN** nuevo.

¿Es usted un cliente de **CSHCN** que está reaplicando? Recuerde, todos los clientes de **CSHCN** deben reaplicar cada 6 meses, antes de que su cobertura de **CSHCN** se venza. Si usted reaplica demasiado tarde, o no nos envía alguna papelería requerida, puede haber un problema. Usted puede quedar fuera del Programa **CSHCN** por algún tiempo. Usted, a lo mejor, puede quedar fuera de **CSHCN** permanentemente. Usted puede ser puesto en la lista de espera de servicios. Así que, por favor, asegúrese de reaplicar a tiempo para el programa **CSHCN**.

modificaciones del hogar o del vehículo). Cuando haya una lista de espera para los servicios de salud de **CSHCN**, también pueden haber limitaciones adicionales de servicios FSS de **CSHCN**. Para obtener más información, llame a su oficina local de **CSHCN** o llame al 1-800-252-8023. Vea la Página 4 para encontrar la oficina local de **CSHCN** cerca de usted.

## ¿Quién Puede Recibir los Servicios de CSHCN?

Cuando usted presenta una solicitud para aplicar a **CSHCN**, nosotros analizamos cuidadosamente todas las formas y la papelería que usted nos envía. Si podemos aceptarlo dentro del Programa **CSHCN**, decimos que usted es “elegible”. Desde entonces usted es considerado un “cliente de **CSHCN**”. Si tenemos que ponerlo en una lista de espera y no podemos otorgarle los servicios inmediatamente, aún así, usted es elegible para **CSHCN** y usted sigue siendo un cliente de **CSHCN**.

**Una persona puede transformarse en un cliente CSHCN si él o ella:**

- Vive en Texas como un residente de buena fe; y
- Tiene (1) menos de 21 años de edad ó (2) tiene cualquier edad con un diagnóstico de fibrosis cística; y
- Cumple con el criterio financiero de **CSHCN** para toda la familia (para los niveles de ingresos, por favor consulte a su oficina local o visite la página de Internet de **CSHCN**); y
- Cumple con el criterio médico de **CSHCN**, esto es, tiene una condición crónica física o de desarrollo que:
  - ▶ durará o se estima que durará por lo menos por 12 meses; y
  - ▶ dé como resultado, o produzca si no es tratada, la limitación de una o más actividades mayores; y
  - ▶ requiere servicios de salud y relacionados a la salud de un tipo o cantidad mayor de los generalmente requeridos por un niño; y
  - ▶ tiene una manifestación física (corporal, de tejido o de órgano) que puede existir acompañada de una condición de desarrollo mental, de comportamiento o emocional, pero

- ▶ no es exclusivamente un retraso en el desarrollo intelectual o exclusivamente una condición mental, de comportamiento y/o emocional.

## Cómo Mantenerse Dentro del Programa CSHCN

Para mantenerse dentro **CSHCN**, cada cliente de **CSHCN** debe volver a aplicar cada 6 meses. Cada 6 meses, usted debe llenar un nuevo juego de formas y enviarlas junto con toda la papelería que **CSHCN** requiere. Sólo necesita enviar una vez el comprobante de nacimiento: la primera vez que solicite asistencia de **CSHCN**. Una vez al año (no cada 6 meses) usted debe asegurarse que su médico (o en algunos casos, su dentista) llene la Forma para la Evaluación del Médico/Dentista (llamada “PAF” por las siglas en inglés para *Physician Assessment Form*). Usted debe adjuntar la forma PAF cuando vuelva a solicitar **CSHCN**. La forma tiene una Definición de Certificación Médica para **CSHCN**. Para que una persona sea elegible al Programa **CSHCN**, su médico (o dentista) debe contestar “Sí” a una pregunta en la forma PAF que pregunta si la persona que está solicitando asistencia del programa **CSHCN** cumple con la Definición de Certificación Médica. La forma también incluye preguntas con respecto a qué tan grave puede ser la enfermedad de la persona que desea **CSHCN**.

## La Lista de Espera de CSHCN

Cada vez que nuestros fondos estén limitados, **CSHCN** tiene una lista de espera para los beneficios de salud. Estarán en la lista de espera los clientes nuevos y cualquier cliente que no haya vuelto a solicitar el programa antes de que su elegibilidad se venciera.

Para mantener su lugar en la lista de espera, usted debe volver a aplicar antes de que su elegibilidad expire. Si **CSHCN** no recibe su aplicación hasta después de que se termine su elegibilidad, es posible que aún podamos aprobar su aplicación (o la de su niño), pero su nombre (o el de su niño) se pasará más abajo en la lista.

# Información Básica Acerca de CSHCN

## Un Programa Basado en la Familia

En CSHCN, nosotros nos basamos en la familia (somos “family based”). Cuando trabajamos con un cliente, involucramos a toda la familia para ayudar al cliente a obtener todos los servicios disponibles.

## Muchos Tipos de Servicios

El programa CSHCN tiene muchos tipos de servicios para ayudar a los clientes y a sus familias. Uno de los servicios clave de CSHCN es la Administración de Casos. Su administrador de casos le ayudará a obtener otros servicios que necesite. Para obtener un administrador de casos, llame a la oficina local de CSHCN. (Vea la Página 4 para encontrar la oficina local CSHCN cerca de usted).

Otros servicios de CSHCN incluyen:

- |   |  |
|---|--|
| • Transporte en Ambulancia                    | • Alimentos, Alojamiento y Transportación cuando se requieren para obtener cuidados médicos. |
| • Cirugía Ambulatoria                         | • Medicamentos   |
| • Atención Brindada por Especialistas Médicos | • Servicios de Salud Mental  |
| • Servicios de Salud Dental                   | • Ortóticos y Prostéticos  |
| • Diagnóstico y Evaluación                    | • Cuidados de Paciente Externo (incluye Diálisis renal)                                      |
| • Equipo y Suministros Médicos                | • Terapia Física y Ocupacional   |
| • Servicios de Apoyo a la Familia             | • Cuidado Primario y Preventivo  |
| • Servicios de Enfermera en el Hogar          | • Servicios y Productos Especiales de Nutrición  |
| • Atención en Hospicio                        | • Servicios para Audición y Lenguaje   |
| • Cuidados de Hospital                        | • Servicios de la Visión   |
| • Rehabilitación de Pacientes Internos        |  |
| • Asistencia en Pago de Prima de Seguro       |  |

*Nota importante: CSHCN puede limitar cualquiera de estos servicios dentro de los directivos del programa.*

## Servicios de CSHCN de Apoyo a la Familia

Los Servicios de Apoyo a la Familia se llaman FSS (por las siglas en inglés de *Family Support Services*). El FSS puede ayudar a las familias a cuidar a sus niños con necesidades especiales de salud. FSS también puede ayudar a un niño a ser más independiente y más capaz de tomar parte en la vida familiar y en las actividades de su comunidad. Algunos ejemplos de los servicios FSS son el Cuidado de Relevo o “*respite care*” (para un momento de respiro), modificaciones menores del hogar y elevadores para vehículos. Existen límites para los servicios FSS que CSHCN puede proveer. El costo total de los Servicios FSS no puede ser más de \$3,600 al año para cada cliente de CSHCN. (Se pueden hacer excepciones para las

# Cómo Utilizar este Folleto

En este folleto, el Programa para Niños con Necesidades Especiales de Salud se llama “**CSHCN**” (por las siglas en inglés de *Children with Special Health Care Needs*). Cuando vea estas letras: – **CSHCN** – estamos hablando del Programa para Niños con Necesidades Especiales de Salud del Departamento de Salud de Texas (TDH).

Este folleto contiene la información y las formas que usted necesita para solicitar asistencia de **CSHCN**. Hay espacio en las formas para solicitar asistencia para más de una persona de la misma familia al mismo tiempo. Esto es lo que usted encontrará en este folleto:

<b>Antes de Empezar</b> .....	<b>Esta página</b>
<b>Información Básica Acerca de CSHCN</b> .....	<b>Página 1</b>
<b>Cómo Encontrar la Oficina CSHCN y TDH más Cercana</b> .....	<b>Página 4</b>
<b>Cómo Solicitar Asistencia de CSHCN</b> .....	<b>Página 6</b>
<b>Cómo Completar las Formas Para Solicitar Asistencia de CSHCN</b> .....	<b>Página 7</b>
<b>Formas en Blanco que Necesita para Solicitar Asistencia de CSHCN</b> .....	<b>Página 13</b>
<b>Forma que debe Llenar el Médico/Dentista (el “PAF”)</b> .....	<b>Página 19</b>

Este folleto también contiene información general útil acerca de **CSHCN**. Después de haber llenado las formas y de haberlas desprendido para presentar su solicitud a **CSHCN**, usted puede desear quedarse con el resto de este folleto.

## Antes de Empezar

**Más Copias** – Si usted necesita más copias de este folleto, por favor visite o llame a su oficina local de **CSHCN**. O, usted puede ponerse en contacto con la oficina principal de **CSHCN** en la siguiente dirección:

**Texas Department of Health - CSHCN**  
**Bureau of Children’s Health**  
**1100 West 49<sup>th</sup> Street**  
**Austin, Texas 78756-3179**

Teléfono: 512-458-7355

Número sin cargo (sólo si llama desde Texas): 1-800-252-8023

**Dónde Obtener Ayuda** – Al aplicar para el Programa **CSHCN**, usted puede tener preguntas. O puede necesitar ayuda para completar las formas. La oficina de **CSHCN** cerca de usted le puede ayudar. Para localizarla, vea la página 4 de este folleto.

**Límites de Servicios** – Los servicios de **CSHCN** pueden ser limitados.

**Lista de Espera** – Puede haber una Lista de Espera para los servicios de **CSHCN**.

**Acerca de Nuestros Servicios** - **CSHCN** pagará únicamente por los servicios otorgados por proveedores inscritos en el Programa **CSHCN**. Los beneficios médicos de **CSHCN** deben ser médicamente necesarios para el cuidado y tratamiento de una persona con una condición médica crónica, física o de desarrollo. La persona debe ser elegible para **CSHCN**. El proveedor debe prescribir los beneficios médicos en conformidad con todas las leyes y los reglamentos de **CSHCN** y las políticas que correspondan.

H6  
9386.5  
.T492  
2004



# Programa para Niños con Necesidades Especiales de Salud (CSHCN)



## Folleto de Solicitud 2<sup>da</sup> edición

[www.tdh.state.tx.us/cshcn/](http://www.tdh.state.tx.us/cshcn/)

Form T-3 Revised 4/15/04

**Su Salud  
Nuestra Misión™**  
Texas Department of Health