

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DEL KATIE BECKETT PROGRAM PARA MEDICAID DE WISCONSIN INSTRUCTIONS FOR COMPLETING KATIE BECKETT PROGRAM APPLICATION FOR WISCONSIN MEDICAID

Adjunto se encuentran los formularios que usted necesita para completar la solicitud de su niño/a para el *Medicaid* de Wisconsin a través del *Katie Beckett Program (KBP)*. Estos formularios, junto con otros documentos de prueba, se usarán para acceder el nivel de necesidad de cuidado y discapacidad de su niño/a. Es esencial que usted provea información amplia y precisa ya que esta revisión determinará si su niño/a cumple o no con todos los criterios de elegibilidad del KBP – *Medicaid*. La hoja de información del KBP adjunta enlista los criterios de elegibilidad.

Apreciamos su conocimiento sobre las habilidades de su niño/a y esperamos que estos formularios le ayuden a compartir este conocimiento. Debido a que estos formularios fueron desarrollados para niños con una amplia gama de discapacidades y necesidades, algunas de las preguntas podrían no ser pertinentes a su niño/a. Si ese es el caso, por favor escriba “no aplica” o NA después de la pregunta.

**ES NECESARIA UNA VISITA A DOMICILIO**—En la visita, el Consultor/a de Katie Beckett necesitará reunirse con su niño/a, revisar sus formularios de solicitud y verificar, visualmente, cierta información necesaria. Todos los formularios deben ser completados **antes** de que el consultor/a haga su visita a domicilio. Para hacer una cita para la visita a domicilio, llame al Consultor/a de Katie Beckett que corresponde a su condado en el mapa adjunto.

Por favor asegúrese de firmar y fechar todos los formularios. Recuerde que los formularios que requieran la firma de los padres deben de ser **firmados** por el padre/madre con **autoridad legal** sobre el niño/a. Esto aplica aún si es un padrastro la persona más familiarizada con las necesidades y problemas del niño/a. Los niños de 14 años de edad o más también deben de firmar el formulario—si el niño/a no puede firmar, favor de indicarlo en el formulario.

### I. SOLICITUD (Formulario Azul)

- Siga las instrucciones para cada pregunta. Favor de responder a todas las preguntas que sean “Sí” y “No”. También, por favor trate y provea una descripción lo más completa que usted pueda donde sea que ésta aplique.
- A menos que se le solicite lo contrario, por favor sólo provea **información actual** que sea pertinente a la condición de su niño/a.
- Si su niño/a es elegible para *Medicaid* de Wisconsin a través del KBP, usted necesitará presentar información al día cada año para determinar si él/ella permanece elegible. A esto se le llama proceso de re-certificación anual. Usted podría o no requerir una visita a domicilio en la revisión anual. Le sugerimos que **haga una copia** de esta solicitud para que le ayude a completar los formularios de re-certificación del próximo año.

### III. FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO *MEDICAID* (Una hoja – Blanca)

Usted está obligado a completar uno de estos formularios por **cada** póliza de seguro médico privado que cubra a su niño/a. **Como requiere la ley, el *Medicaid* de Wisconsin actúa como su pagador secundario al seguro médico privado. Si su niño/a está cubierto por más de una póliza, por favor pida otro formulario de seguro médico al Consultor/a de Katie Beckett en el momento de su visita a domicilio.**

### IV. FORMULARIOS DE DIVULGACION DE INFORMACION

DOS GRUPOS DIFERENTES = Cuatro Blancos y Dos Cremas (*Buff*)

Documentación **actual** sobre la condición de su niño/a debe ser obtenida y guardada en un archivo para poder determinar elegibilidad. Estos formularios de Divulgación de Información se usan para obtener esta información sobre su niño/a de hospitales, clínicas, escuelas, o cualquier otro medio que pueda proveer información relevante.

Hay **dos grupos diferentes** de formularios de Divulgación de Información en el paquete de solicitud. Un grupo (grupo blanco) es usado por el *Disability Determination Bureau* para evaluar la discapacidad de su niño/a. Este es el primer paso en el proceso de elegibilidad. El otro grupo (grupo color crema) es usado por el personal del KBP para evaluar el nivel de cuidado de su niño/a y obtener información relevante relacionada con los criterios de elegibilidad, el segundo paso en el proceso de elegibilidad.

1. Por favor complete la información de identificación sobre su niño/a en la parte superior derecha de los **seis (6) formularios**. El "*Identifying Number*" (Número Identificador) en los formularios de color crema se refiere al Número de *Social Security*.
2. Es mejor si usted sólo llena la información de identificación personal y luego firma y fecha cada formulario de divulgación. Sin embargo, si usted quiere llenar la agencia/organización autorizada para divulgar la información usted lo puede hacer pero SOLAMENTE en los dos formularios de Divulgación de Información del KBP de color crema. Si su niño/a es visto por varios especialistas en un hospital más grande, centro médico, o clínica, el formulario debe ser dirigido al *Medical Records Department*, no al médico o terapeuta. Usted tal vez tenga que llamar a la facilidad para averiguar como debe ser dirigido el formulario.
3. **Firme y feche los SEIS** formularios en la parte inferior como la persona autorizada para divulgar información. **Niños de 14 años o más deben de firmar** como el individuo que autoriza el acceso. Si el niño/a no puede firmar, el padre/madre lo debe indicar en el formulario. El padre/madre entonces firma en la casilla de la firma secundaria. El adulto que firme debe de tener autorización legal para divulgar los registros del niño/a. Por ejemplo, un padrastro que no haya adoptado legalmente a un niño/a no podría firmar estos formularios.

Reunir la información necesaria toma tiempo. Cualquier registro actual médico, de terapia, y/o educacional que usted pueda obtener fácilmente y enviar con la solicitud completada le será agradecido. Sin embargo, por favor solamente provea copias que usted no necesite para atrás. El consultor(a) puede ayudarle a decidir cuales registros prueban la documentación sobre la condición de su niño/a. También se sugiere que haga una copia de todos los materiales de solicitud para su archivo.

#### V. ESTADO DE LA CIUDADANIA DEL NIÑO/A (Primera y Última Página de la Solicitud)

**Su niño/a es un ciudadano de los Estados Unidos:** La ley federal requiere que usted muestre prueba de ciudadanía e identidad de su niño/a. Esto se puede lograr de varias formas. Por favor hable con el consultor/a sobre lo que es una prueba aceptable así usted tendrá listos los registros **originales** requeridos en la visita a domicilio para que los vea el consultor/a. Las pruebas más comunes de prueba de ciudadanía de los Estados Unidos es el acta de nacimiento de su hijo(a) o su pasaporte vigente.

**Su niño/a no es un ciudadano de los Estados Unidos:** La ley federal requiere que usted muestre el estado de residente extrajero legal de su hijo(a). El Consultor/a **debe ver** la Tarjeta de Residencia Permanente de su hijo(a) en la visita domiciliaria. **Una copia de ambos lados de la tarjeta también debe ser enviada con sus materiales de solicitud.**

El consultor/a asignado se **lleva los materiales de solicitud con él/ella** después de la visita a domicilio. Por lo tanto, si usted desea una copia de la solicitud para sus registros; usted necesita hacer la copia antes de la visita a domicilio.

Se le enviará una carta para notificarle si ha sido aprobada o negada la elegibilidad de su niño/a para el *Medicaid* de Wisconsin a través del *Katie Beckett Program*. Es posible que se tome por lo menos **cuatro meses** el proceso de tiempo para reunir los registros y completar ambos pasos requeridos: primero, la determinación de discapacidad a través del *Bureau of Disability Determination (DDB)*; y segundo, el criterio de elegibilidad restante a través de el *Department of Health Services, Bureau of Long Term Support*.

**Una última nota:** Usted tiene la obligación de notificar al *Katie Beckett Program* sobre cualquier cambio significativo proveído en cualquiera de los formularios adjuntos. La notificación de tales cambios es requerida durante el proceso de revisión de la solicitud y una vez que se haya establecido elegibilidad. Ejemplos de cambios significativos incluyen un cambio en la condición de su niño/a, su niño/a se muda fuera de su casa, un cambio en su dirección, un cambio en su seguro médico privado, o un cambio en el ingreso de su niño/a. Los cambios se comunicarán al KBP *Central Office* al **608-266-3236** o puede escribir al *Katie Beckett Program* al *Bureau of Long Term Support*, PO Box 7851, Madison, WI 53707-7851.