



NEMAHA VALLEY
 COMMUNITY HOSPITAL
 1600 Community Drive · Seneca, Kansas 66538
 785-336-6181



SOLICITUD PARA BABIES BEST START

Nombre de la paciente _____ Fecha de nacimiento _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Teléfono particular _____
 Empleador _____ Nombre de la compañía de seguros _____
 Fecha de parto: _____ Fecha prevista: _____
 Nombre del cónyuge o pareja: _____
 Nombres de los hijos: _____
 Número de personas que viven en el hogar: _____ Médico de atención primaria: _____

SITUACIÓN FINANCIERA:

Se cuentan los ingresos de todas las personas que integran su familia. Esto incluye los salarios provenientes de un empleo, el trabajo por cuenta propia, los beneficios por desempleo y el Seguro Social (excepto el programa de Seguridad de Ingresos Suplementarios [Supplemental Security Income, SSI]). También puede incluir a los padres si se trata de un menor de edad o si lo declaran como dependiente fiscal.

Ingresos: indique los ingresos totales del hogar.

Empleador: _\$ _____ Desempleo: _\$ _____
 Seguro Social: _\$ _____ Discapacidad: _\$ _____
 Manutención de los hijos: _\$ _____ Otros: _\$ _____

PREGUNTAS SOBRE LA EVALUACIÓN:

ESTA PARTE NO SE UTILIZA A LOS EFECTOS DE LA ELEGIBILIDAD

1. ¿Recibe algún beneficio del Departamento de Servicios para Niños y Familias (Department of Children and Family, DCF)? En caso afirmativo, ¿qué recibe? _____
2. ¿Recibe asistencia del programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children, WIC)?

3. ¿Está inscrita en el Programa para Madres y Bebés a través de Nemaha County Community Health?

4. ¿Ha solicitado Medicaid/Kancare? Si le denegaron la solicitud, indique el motivo y la fecha en que lo solicitó. _____

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Certifico que esta información es veraz y por el presente autorizo a Nemaha Valley Community Hospital a verificar dicha información.

Para proporcionar un comprobante de ingresos, envíe una de las siguientes opciones:

- a) Copia de todas las declaraciones de ingresos (recibos de pago) de los últimos tres meses, carta de adjudicación del seguro social.
- b) Copia de la declaración de impuestos federales más reciente.

*La información anterior debe recibirse junto con la solicitud, o la solicitud se considerará incompleta y podría demorar la determinación.

Envíe la solicitud y la documentación en un plazo de 30 días a:
Nemaha Valley Community Hospital
Attention: Dana Deters
1600 Community Drive
Seneca, KS 66538

*Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar la solicitud, llame a Dana Deters al 785-336-0424

Para uso interno solamente

Fecha de recepción: _____ Solicitud revisada por: _____

Información recibida:

___ Copia de todas las declaraciones de ingresos (recibos de pago) de los últimos tres meses

___ Copia de la declaración de impuestos federales más reciente

Aprobada _____

Denegada _____ Motivo de la denegación _____

Acuse de recibo devuelto al solicitante _____ (fecha/iniciales)