



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)