

**Análisis de clasificación para
determinar cuotas familiares y elegibilidad para All Kids y DSCC**

PASO UNO: CUOTAS FAMILIARES

- A. Ingreso anual bruto total de la familia: \$ _____
- B. Número de personas en la familia: _____
-

PASO DOS

¿Es el niño residente de Illinois, además de ser o ciudadano de los EE. UU. o inmigrante legal?

Sí (Proceda al PASO TRES) **No** (No se puede dar una remisión. Proceda a las FIRMAS)

PASO TRES – ALL KIDS

- A. ¿El niño está matriculado en All Kids actualmente? **Sí** (Proceda al PASO CUATRO) **No**
- B. ¿La familia ya ha presentado una solicitud de inscripción en All Kids? **Sí** (Proceda al PASO CUATRO) **No**
-

Guía de Medicaid para el ingreso bruto mensual familiar

- \$3,430 para una familia de 2
- \$4,330 para una familia de 3
- \$5,230 para una familia de 4
- \$6,130 para una familia de 5
- \$7,030 para una familia de 6

En el caso de familias de más de 6 personas, agregue \$900 por cada familiar adicional.

- Si los ingresos brutos de una familia se hallan dentro de dichos criterios, pregunte si la familia quisiera presentar una solicitud de All Kids.
 - Si los ingresos brutos de una familia son mayores que dichos criterios, *siempre* pregunte si la familia tiene que pagar cuentas médicas altas. Si las cuentas médicas de la familia exceden los \$2,000 dólares al mes, no tome una solicitud de AllKids. Remita a la familia a su oficina local del Departamento de Servicios Humanos o *Family Community Resources Center* (Centro de Recursos Comunitarios para Familias) para solicitar asistencia con los gastos médicos.
 - Si los ingresos brutos de una familia exceden dichos criterios y la familia no tiene cuentas médicas que superen los \$2,000 dólares al mes, pregunte si la familia quisiera presentar una solicitud de All Kids. No rehúse nunca tomar una solicitud de All Kids ni desanime a la familia de presentarla.
-

- C. ¿Los ingresos brutos de la familia se hallan dentro de los criterios? **Sí** **No**
- D. **Escoja uno de los siguientes:**
- Se presentó una solicitud de All Kids en la siguiente fecha: _____
- No se presentó una solicitud de All Kids
-

PASO CUATRO – DSCC

¿El niño está matriculado actualmente en la División del Cuidado Especializado de Niños (DSCC por sus siglas en inglés) de la Universidad de Illinois, o ya se ha remitido al niño a DSCC?

- Sí** (Proceda a las FIRMAS)
- No** (No se puede dar una remisión. Proceda a las FIRMAS)

Escoja una de las siguientes opciones:

- Opción 1** Una remisión a DSCC no es lo más indicado en este momento.
- Opción 2** Remisión a DSCC para una evaluación diagnóstica. El niño *tiene que* tener una condición médica sospechada que es posiblemente elegible para DSCC. Marque abajo todas las condiciones médicas sospechadas que sean relevantes.
- Opción 3** Se indica la remisión a DSCC a causa de la diagnóstica de un médico o una condición médica que es o puede ser elegible para DSCC. (Refiérase al Capítulo 9 de *Child and Family Connections Procedure Manual* sobre la determinación de la elegibilidad). Marque abajo todas las condiciones médicas diagnosticadas que sean relevantes.

PASO CUATRO – continuación

Guía de DSCC para el ingreso bruto mensual familiar

- \$3,909 para una familia de 2
- \$4,935 para una familia de 3
- \$5,961 para una familia de 4
- \$6,987 para una familia de 5
- \$8,013 para una familia de 6

En el caso de familias de más de 6 personas, agregue \$1,026 por cada familiar adicional.

- DSCC ayuda a familias de varias maneras, una de ellas es la asistencia financiera para servicios médicos elegibles. Pregunte si la familia desea presentar una solicitud a DSCC.
- Nunca rehúse aceptar o desanime a una familia que desea presentar una solicitud a DSCC.

Para las Opciones 2 ó 3, marque todos los relevantes:

- Condiciones ortopédicas (enfermedad de los huesos, músculos o articulaciones)
- Defectos del corazón
- Pérdida auditiva
- Condiciones neurológicas (de los nervios, el cerebro o la médula espinal, sin incluir el autismo ni el retraso del desarrollo)
- Ciertos defectos de nacimiento
- Defectos de desfiguración como labio leporino, paladar hendido y cicatrices graves de quemaduras
- Condiciones del habla que requieren el tratamiento médico
- Ciertos trastornos crónicos como hemofilia o fibrosis quística
- Ciertos errores innatos del metabolismo, inclusive fenilcetonuria (PKU) y galactosemia
- Impedimentos de los ojos, inclusive cataratas, glaucoma, estrabismo y ciertas condiciones retinianas, excluyendo errores refractivos aislados
- Impedimentos del sistema urinario (riñones, uréter, vejiga)

Comentarios: _____

Contacte a DSCC para asistencia técnica adicional para derivaciones. Si una derivación a DSCC es indicada y el formulario de Autorización para Compartir Información ha sido llenado y firmado por el padre, la madre o el tutor, envíe los siguientes formularios/informes de Cornerstone a su oficina local de DSCC junto con copias de los siguientes formularios: *Participant Enrollment Information (HSPR0770) and Assessment History (HSPR0207)*.

Nota a los padres: Si los ingresos de su familia parecen exceder los criterios de elegibilidad financiera de DSCC, el programa DSCC no le puede ofrecer asistencia financiera para servicios de tratamiento médico pero puede tener otros servicios que no están basados en ingresos. Información adicional está disponible en <http://dsccl.uic.edu/browse-resources/available-brochures-pamphlets/>. Se requiere el uso de todos los beneficios de All Kids y/o seguros disponibles. Sin ninguna exigencia, se alienta a las familias sin seguro con ingresos mayores que los criterios de elegibilidad financiera de DSCC, que soliciten inscripción en el programa All Kids.

FIRMAS

Yo certifico que la información indicada arriba es correcta según mi mejor conocimiento. Entiendo que todavía podré recibir servicios de Intervención Temprana y aparatos de tecnología de adaptación sujetos a cuotas aun si decido no presentar una solicitud de All Kids.

Nombre del padre, madre o tutor, escrito en letra sencilla: _____

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Coordinador de Servicios: _____ Fecha: _____