

UT ARLINGTON LIBRARIES



3 1334 02269 7854

Client Handbook

Children with Special Health Care Needs (CSHCN) Services Program



UNIVERSITY OF TEXAS
AT ARLINGTON
LIBRARY

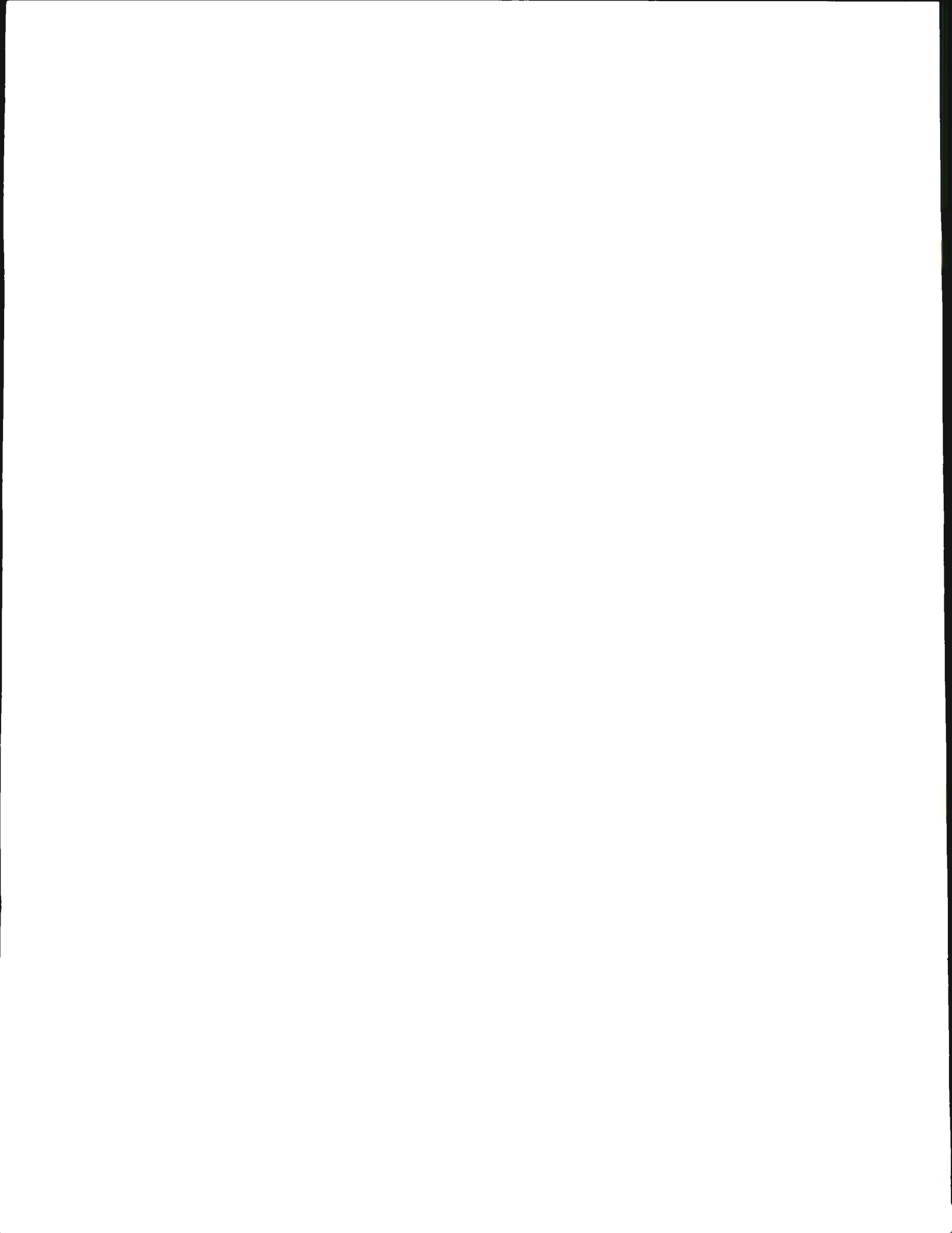
JUL 16 2007

TEXAS
DOCUMENT



CSHCN Client Help Line: 1-800-252-8023 • www.dshs.state.tx.us/cshcn/

07-12357



HG
938615
.T493
2007

What's Inside This Book

Our Mission.....2

About this Handbook2

Part 1: What is the CSHCN Services Program?3

 Program Services.....3

 Types of Services3

 Limitations of Program Services6

 Letters from the Program6

 Program Surveys6

 How to Contact Us.....7

Part 2: Program Eligibility8

 The CSHCN Services Program Eligibility Form8

 The Waiting List9

Part 3: How to Stay in the CSHCN Services Program10

 Renew your Application Every 6 Months.....10

 Send in Renewal Application 60 Days or Less Before the End of Eligibility10

 Update Medical Information Every 12 Months on the PAF10

 How to Get a CSHCN Services Program Application Booklet.....10

 Save the Application Booklet10

Part 4: Rights and Responsibilities12

 Your Basic Rights and Responsibilities12

 Your Rights and Responsibilities with the CSHCN Services Program12

 Changes to Your Address or Life Situation14

Part 5: CSHCN Services Program Rules and Procedures.....15

 CSHCN Services Program Rules15

 Billing Procedures15

 Other Medical Coverage15

 Denial of Services15

Part 6: Who Is Part of the CSHCN Services Program?.....17

 Clients17

 Families17

 Providers17

 The Medical Home.....17

 Eligibility Staff.....17

 Case Managers17

 Contractors18

Part 7: Where to Find Help and Other Information19

 Local Staff and Case Managers.....19

 CSHCN Services Program Helpline19

 The CSHCN Services Program Website.....19

 CSHCN Newsletter for Families20

 The Texas Medicaid & Healthcare Partnership (TMHP).....20

 How to Find Your Local CSHCN Services Program Office.....20

 List of Texas Counties and Local Codes21

 List of Offices22

 Emergency Information Form Instructions23

 Emergency Information Form for Children With Special Needs25

UNIVERSITY OF TEXAS AT ARLINGTON LIBRARY



Our Mission

The mission of the CSHCN Services Program is to support family-centered, community-based strategies for improving the quality of life for children with special health care needs and their families.

About this Handbook

The *Children with Special Health Care Needs Client Handbook* is for clients of the Children with Special Health Care Needs (CSHCN) Services Program, as well as their families and caregivers. Many clients will not be reading this handbook themselves because of their age or some other reason. That is why it has been written for all of you—the clients, parents, guardians, and caregivers.

You can use this handbook to find helpful phone numbers, answers to your questions, and other important information. It will help you make the most of the Program.

What is the CSHCN Services Program?

The CSHCN Services Program was created in 1933 to help children with special health care needs in Texas improve their health, well-being, and quality of life. The Program pays for medical treatment and equipment for eligible children with special needs from birth to 21 years of age and for people of any age with cystic fibrosis. Clients can get medically necessary health care benefits and support services such as respite care (care provided by others). Clients and families can also get services like case management, which can help them find other services they need.

The Program focuses on families and helps parents and providers work together. The Program works hard to make sure that families receive services that honor and respect their cultural beliefs, traditions, and values.

Program Services

The CSHCN Services Program offers many kinds of services, including:

- Ambulance
- Ambulatory surgery
- Care by medical specialists
- Dental health services
- Equipment and medical supplies
- Family support services
- Home health nursing
- Hospice care
- Hospital care
- Inpatient rehabilitation
- Insurance Premium Payment Assistance (IPPA)
- Laboratory and radiology
- Meals, lodging, and transportation when they are needed to obtain medical care
- Medicines
- Mental health services
- Orthotics and prosthetics
- Outpatient care (including kidney dialysis)
- Physical and occupational therapy
- Primary and preventive care
- Special nutritional products and services
- Speech and hearing services
- Vision services

The services must be provided by someone who is enrolled as a provider with the Program. Providers include hospitals, doctors, social workers, and others.

You should not be billed for any services covered by the Program. However, the Program is the “payer of last resort.” This means that if you have other health care coverage (like private insurance) that will pay for a service, those benefits must be used before the Program can consider paying for the service. Please refer to page 15 for more information on other medical coverage.

Types of Services

Primary and Preventive Care

Primary and preventive care is the care you get from your regular doctor. It includes regular checkups and helps you stay as healthy as possible. The Program covers this service but does not reimburse you for any co-payments you make for doctor visits.

To find a primary care doctor who is enrolled in the Program, you can call 1-877-888-2350. This phone number goes to a contractor called the Texas Medicaid & Healthcare Partnership (TMHP). You can call this number from anywhere in Texas. If your doctor is not on the list of Program providers, you can ask the doctor to join the Program. Tell your doctor or other provider to call the TMHP-CSHCN Contact Center at 1-800-568-2413.

Specialists

Specialists are doctors who deal with only one part of the body or one type of problem. Children with special health care needs often need one or more specialists. Health care benefits of the Program include necessary care from specialists.

When you use your Program health care benefits to see a specialist, you do not need a referral from any other doctor or specialist. If the specialist is enrolled in the Program, the services are covered.

Call TMHP at 1-877-888-2350 for help finding a specialist. This is a free call in Texas.

Other Medical Services

The CSHCN Services Program also covers surgery and rehabilitation. Whether or not these services and those in the list at left are covered depends on your particular case. Coverage for some services is limited.

Call TMHP at 1-877-888-2350 for help finding a provider that offers any of the other services covered by the Program. This is a free call in Texas.

Medicines

If the only coverage for medicine that you have is from the CSHCN Services Program, the Program pays for your medicines at a pharmacy that is enrolled in the Program. To find a pharmacy near you that is enrolled as a Program provider, call the CSHCN Services Program at 1-800-252-8023. This is a free call in Texas. You can also call this number to find out if your current pharmacy is an enrolled provider.

If you have private insurance that covers medicine, the insurance company that pays for your medicines must be billed first. The pharmacist can then bill the CSHCN Services Program for the amount that the insurance company did not pay. If your insurance company says that you must pay a certain amount (a co-payment) for medicine, you must pay that co-payment. The CSHCN Services Program can then reimburse you (pay you back) for that co-payment.

To be reimbursed for your co-payments for medicine, you must mail the receipts to TMHP. TMHP is the company that helps the Program with this process. Call the TMHP Client Assistance line at 1-877-888-2350. This is a free call in Texas. Ask for instructions on the reimbursement of medicine co-payments and how to mail in your receipts. It is a good idea to keep the original receipts and mail in the copies of them.

The Program cannot reimburse you for your co-payments if you have Children's Health Insurance Program (CHIP) coverage.

The Medical Transportation Program

The Medical Transportation Program (MTP) is part of the Texas Department of Transportation. It helps CSHCN Services Program clients who need transportation to receive their health care services. If you have no way to get to a health care appointment, MTP can help you. MTP takes your special health care needs into account.

Routine Medical Transportation

A van, bus, or cab service arranged by MTP to go to an appointment in your own or a neighboring county is called "routine medical transportation." Please call MTP at 1-877-MED-TRIP (1-877-633-8747) to set up routine medical transportation. You must call MTP at least two business days before your appointment. This is a free call in Texas.

! **IMPORTANT**

MTP Phone Number:
1-877-633-8747

Special Medical Transportation

Transportation for nonroutine trips for medical reasons (including those where meals and lodging may be needed) is called "special medical transportation." Special medical transportation includes:

- Reimbursement for your mileage when you drive your own vehicle for services inside or outside of your immediate area
- Prepaid bus tickets or airline tickets for trips of long distances
- Travel by other means to receive services
- The cost of a hotel when you must stay overnight for medical reasons

The CSHCN Services Program may be able to cover the cost of meals, a place to stay (lodging), and transportation for you and an adult attendant (such as a family member) if you must stay away from home overnight or longer for medical reasons.

For all of these types of travel, MTP will help you arrange what you need for your trip. This includes meals and lodging in cases where the CSHCN Services Program covers those things. If you check with MTP ahead of time, in many cases you may be able to get funds before your trip to cover your expenses as you travel. In many Texas towns and cities, MTP can make special arrangements for you to stay at places that are designed for children with special needs and their families, such as the Ronald McDonald House.

Please call MTP at 1-877-MED-TRIP (1-877-633-8747) to set up special medical transportation. MTP must receive your request at least five business days before the appointment. This is a free call in Texas.

Services and Transportation Outside of Texas

Within 50 miles or less of the Texas Border

Providers who are located in the United States and who are within 50 miles or less of the Texas border are *not* considered to be out-of-state providers. If it would cost more or be medically riskier for you to go to a provider within Texas than to go to a provider within 50 miles of the Texas border (in New Mexico, Oklahoma, Arkansas, or Louisiana), the Program may cover the cost of the services. The provider must be enrolled in the Program. Providers can call the TMHP-CSHCN Contact Center at 1-800-568-2413 to enroll.

The Program may cover the costs of transportation, meals, and lodging for you to travel to and from the place where you receive these services. If necessary, these costs can be covered for a responsible adult who must accompany you. Contact your local Program office or the CSHCN Services Program central office at 1-800-252-8023 for more information (refer to page 22 to find your local Program office).

More than 50 miles from the Texas border

Providers who are located in the United States, but more than 50 miles from the Texas border are considered out-of-state providers. Services from out-of-state providers must be approved in advance by the Program. The provider of out-of-state services must enroll as a CSHCN Services Program provider. Providers can call the TMHP-CSHCN Contact Center at 1-800-568-2413 to enroll.

The Program may cover services provided by out-of-state providers if the doctor, client, parent or guardian, and the CSHCN Services Program Medical Director all agree that:

- An out-of-state provider is the provider of choice for quality care.
- The same treatment or another treatment of equal benefit or cost is not available in Texas.
- The out-of-state treatment will decrease the Program's cost for the client's treatment.
- The out-of-state treatment is accepted medical practice.
- The out-of-state treatment is expected to improve the client's quality of life.

The Program may cover the costs of transportation, meals, and lodging for you to travel to and from the out-of-state services that the Program approves. If necessary, these costs can be covered for a responsible adult who must accompany you. Travel costs are negotiated to find the most economical total cost.

Normal authorization requirements and procedures do not apply to out-of-state services because these services are given special approval from the CSHCN Services Program.

Outside of the United States of America

The Program does not cover services received outside of the borders of the United States.

Insurance Premium Payment Assistance (IPPA)

IPPA allows the CSHCN Services Program to reimburse you for the insurance premiums you paid to provide health insurance for a CSHCN Services Program client. To be eligible for IPPA, you must be eligible for the CSHCN Services Program and have private health insurance coverage through any third-party resource program, except for CHIP. For more information on third-party resource coverage, please refer to page 15.

You must apply every year to receive IPPA. This means that if you lose your CSHCN Services Program eligibility during that year, you also lose IPPA coverage. You will receive a notice that it is time to renew about 60 days before the end of your eligibility for IPPA. Be sure to renew on time.

The notice does not include an IPPA application. It is your responsibility to get a copy of the IPPA application:

- By calling the TMHP-IPPA Client Helpline at 1-800-440-0493.
- By calling your local CSHCN Services Program office (refer to page 22 for contact information).
- From your case manager.
- By calling the CSHCN Services Program Helpline at 1-800-252-8023.

The IPPA application is separate from the CSHCN Services Program application and has two parts. You fill out the first part of the application. The doctors who know the most about your care fill out the second part.

TMHP decides if you are eligible for IPPA by looking at how much it costs to pay for your medical treatment. If the treatment costs more than it does to pay you back for your insurance premiums, TMHP can approve your application for IPPA. The TMHP-IPPA staff then works with you to set up a reimbursement process. This means that you have to pay each premium first, and then TMHP will pay you back.

Family Support Services

Family Support Services (FSS) can help families care for clients with special health care needs. FSS can also help a client be more independent and able to take part in family life and community activities. Some examples of FSS are respite care, minor home modifications, and vehicle lifts.

FSS includes, but is not limited to:

- Respite care—This is care provided by others. It allows regular caretakers to take a short break from caring for the client.
- Specialized childcare costs—These are costs above and beyond the costs for typical childcare. They must be related to the child's disability or medical condition.
- Vehicle modifications—This includes wheelchair lifts and related modifications, such as wheelchair tie-downs, a raised roof, and hand controls.
- Home modifications—This includes permanent ramps, roll-in showers, wider doorways in the home, and similar modifications to the home.
- Other special equipment that is not a benefit in the client's health insurance plan—This includes porch or stair lifts, positioning equipment, and bath aids.

There are limits on the FSS that the Program can provide. If the CSHCN Services Program has a waiting list, you may not be able to get FSS. In most cases, the total costs for FSS cannot be more than \$3,600 per calendar year for each client. Exceptions may be made for vehicle modifications.

To find out more about getting FSS, call your local CSHCN Services Program office (refer to page 22 for contact information) or call 1-800-252-8023. This is a free call in Texas.

Case Management

The Program provides case management services to all clients who receive health care benefits, clients who are on the Program's waiting list (refer to page 9 for more information on the waiting list), and other members of the community. Case management is a way to help you find and receive the services you need. To read more about case management and how it can help you, please refer to page 17.

Immunizations

All childhood immunizations are covered by the Program. Immunizations, or vaccines, are an excellent way to protect people from serious diseases. Getting your vaccines on time can prevent you from getting those diseases. It is very important to follow the correct schedule for your vaccines. Ask your primary care provider when to get your vaccines.

You can get a copy of the immunization schedule from the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) website at www.cdc.gov/Nip/recs/child-schedule.htm. You can get information about specific vaccines from the Texas Department of State Health Services at www.immunizetexas.com or from the CDC website at www.cdc.gov/nip/publications/vis.

Check with your local county health department to find out where you can get your vaccines. You can also call 2-1-1 to find the clinic closest to you. This is a free call in Texas.

How to get a copy of a child's shot record

Call your local health department to get a copy of a child's shot record if you gave consent for the records to be sent to ImmTrac, the Texas Immunization Registry.

If you did not give consent for the records to be sent to ImmTrac, contact your doctor or the local health department clinic where the immunizations were received. You can call 2-1-1 to find the clinic nearest to your home.

Immunization records *cannot* be viewed online.

How to get a copy of an adult's shot record

Contact the local health department or doctor's office where the shots were received to get a copy of an adult's shot record.

Limitations of Program Services

- Medical services must be medically necessary for the care and treatment of a client who has current eligibility and has a chronic physical or developmental condition.
- A provider must prescribe the medical services in compliance with their license and all laws, rules, and policies that apply to the CSHCN Services Program.
- The Program can pay only for services from providers enrolled in the CSHCN Services Program. If you know a provider that you would like to join the CSHCN Services Program, please ask that provider to call the TMHP-CHSCN Contact Center at 1-800-568-2413 for assistance. This is a free call in Texas.

Letters from the Program

The CSHCN Services Program sends letters to you when it has something important to ask or tell you. For example, you might receive a letter that asks for more information about an application, proof, or form that you sent in. Read all of the letters carefully, and answer them by the given due dates. If you do not answer the letter by the due date or do not answer at all, you may lose eligibility or have problems when you renew your application.

Sometimes the Program sends the letter by certified mail and you must sign the green postal card attached to the envelope in order to receive the letter. The post office gives you the letter and returns the signed card to the Program.

Letters from the Program always have a phone number to call if you have any questions. The Program staff is always glad to take your calls and do whatever they can to help you. Your case manager can also help with any questions you might have about a letter. Please have the letter with you when you talk to the Program staff or case manager.

Program Surveys

You may receive surveys from the Program occasionally. Please fill out any survey you receive and return it to the Program as soon as possible. This is an important way for you to share your opinions about the Program and helps to improve the Program for everyone.

! **IMPORTANT**

Call 2-1-1 to find a clinic near your home.

How to Contact Us

By phone:

Call your local Program office. Refer to page 22 for your local office contact information. You can also call the Program's central office at 1-800-252-8023. This is a free call in Texas.

By email:

You can send email to cshcn@dshs.state.tx.us. You can also go to the CSHCN Services Program homepage at www.dshs.state.tx.us/cshcn and click on contact CSHCN at the bottom of the page.

By mail:

CSHCN Services Program
Purchased Health Services Unit
Mail Code 1938
Department of State Health Services
1100 West 49th Street
Austin, Texas 78756



Program Eligibility

We sent you this handbook because you received a letter from the Program that said you were “eligible” for the Program. Being eligible means that you can receive health care benefits from the Program. It also means that three things have happened:

1. You applied for services. You filled out all of the application forms and paperwork and sent them to the CSHCN Services Program. The application is located on the DSHS website at www.dshs.state.tx.us/cshcn/pdf/appengli.pdf.
2. Your doctor or dentist completed and submitted the CSHCN Services Program Physician/Dentist Assessment Form (PAF).
3. The Program looked carefully at all of your paperwork and found that you met the program guidelines for those who can get services. This is when the Program said that you were “eligible” and sent you an approval letter and the Program Eligibility Form.

- It is very important to renew your application on time.
- Every time the Program decides that you are eligible to receive health care benefits, it will send you a new eligibility letter and CSHCN Services Program Eligibility Form. Always use the newest form when getting services. Please refer to Part 3, “How to Stay in the CSHCN Services Program” for information about how to renew your eligibility.

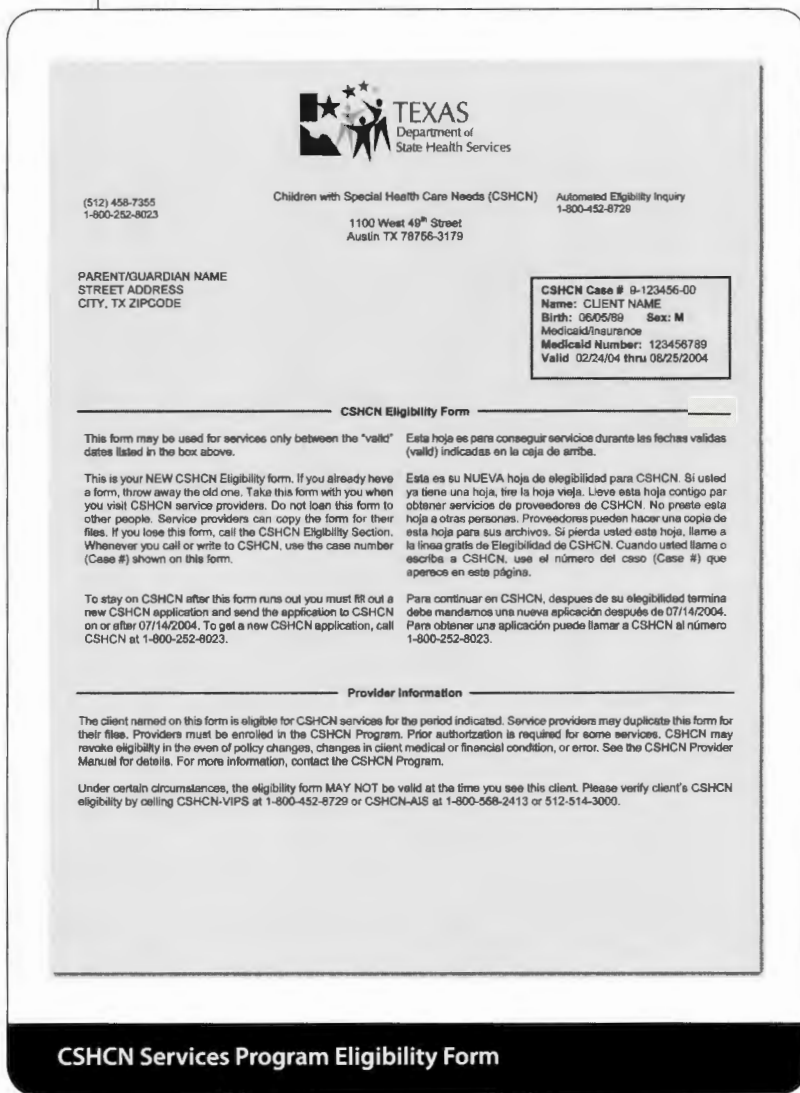
The CSHCN Services Program Eligibility Form

You can begin getting Program health care benefits when you receive your CSHCN Services Program Eligibility Form. It is sometimes called an “eligibility card” or “ID card,” but it is not a card. It is a letter-size sheet of gray paper that shows the client name, client number, eligibility dates, and other eligibility information. It is not a form that you have to fill out. The form shows two things:

1. The name of the CSHCN Services Program client
2. The dates on which the client is eligible to get health care benefits

There are some important things you should remember about the form and your eligibility:

- You must show the Eligibility Form whenever you get health care services from a Program provider. Be sure to take it with you to every appointment.
- Be aware of your eligibility dates. You can only receive health care benefits when you are eligible for the Program. When your eligibility period ends, you will no longer be covered by the Program. To keep getting health care benefits, you must renew your application every six months and be found eligible again.



CSHCN Services Program Eligibility Form

The Waiting List

The CSHCN Services Program places clients on a waiting list for health care benefits whenever funds are limited. The waiting list includes new clients and clients who did not send in a renewal application before their eligibility ran out. Clients must remember to renew on time to avoid being placed on the waiting list.

If you are placed on the waiting list, you must renew your application every six months to keep your place on the waiting list. The Program can only take clients off the waiting list when it has enough funds to provide these clients with health care benefits.

There are certain things the Program considers when deciding who can come off the waiting list to receive health care benefits, including:

- The doctor's statement on the Physician/Dentist Assessment Form
- Your other insurance coverage, if any, including Medicaid coverage or CHIP
- How long you have been on the waiting list



How to Stay in the CSHCN Services Program

Renew your Application Every 6 Months

It is your responsibility to renew your application every six months to stay in the CSHCN Services Program. This is true whether you are a client who receives health care benefits or you are on the waiting list.

Send in Renewal Application 60 Days or Less Before the End of Eligibility

You must send in your renewal application 60 days or less before the end of your eligibility. Do not send it earlier than 60 days before your eligibility ends. It is very important to know the beginning and end of your renewal period. If you are a client who receives health care benefits, the calendar date of the 60th day before your eligibility runs out is listed on your Eligibility Form. The form says, "To stay on CSHCN after this form runs out, you must fill out a new CSHCN application and send the application to CSHCN on or after [date]." The date is the first date when the Program can accept your renewal application.

If you are a client who is on the waiting list, you do not receive an eligibility form that shows the 60th day before your eligibility ends. Only the date of the **end** of your financial eligibility is listed on your letter. You must calculate the date of the 60th day before your eligibility runs out. For example, if your financial eligibility period is from April to October, the 60th day before your eligibility ends is in August. August would be the earliest the Program could accept your renewal application. Ask your case manager for the exact date.

If you send your renewal application more than 60 days before your eligibility runs out, the CSHCN Services Program cannot accept it, and it is returned to you. You must then resubmit it during the correct renewal period.

Update Medical Information Every 12 Months on the PAF

You must renew your application for the CSHCN Services Program every six months, but you only have to update your medical information once every twelve months. The CSHCN Services Program uses the CSHCN Services Program Physician/Dentist Assessment Form (PAF) to gather your medical information. The Program will tell you when it is time to send a new PAF. Although the PAF is in every application packet, you only have to send it when you are notified that it is required. You should also send in a new PAF if your existing condition gets worse or you develop a new condition.

Your doctor or dentist (someone who has a Doctor of Medicine [MD], Doctor of Osteopathy [DO], Doctor of Dental Medicine [DMD], or Doctor of Dental Surgery [DDS] degree) must fill out and sign the PAF. The form cannot be signed by a nurse or physician assistant. If you are currently eligible to receive health care benefits, CSHCN providers cannot bill you for signing or completing this or any CSHCN Services Program form.

The Program can also use other medical information that you or a case worker might send in. The Program can do a better job of providing services for you when it knows everything about your condition.

How to Get a CSHCN Services Program Application Booklet

If you do not receive a copy of the CSHCN Services Program Application Booklet in the mail, you can:

- Pick it up in person from your local CSHCN Services Program office (refer to page 22 for contact information).
- Download it from the DSHS website at www.dshs.state.tx.us/cshcn/clapplforms.htm.
- Call the Program's central office at 1-800-252-8023 or your local office (refer to page 22 for contact information) to have a copy sent to you.
- Fax a request to 1-512-458-7565 or 1-800-441-5133.
- Mail a request to:

CSHCN Services Program
Purchased Health Services Unit
Mail Code 1938
Department of State Health Services
1100 West 49th Street
Austin, Texas 78756-3199

Save the Application Booklet

After you have filled out and removed the forms to renew your application, be sure to keep the rest of the booklet. Most of the useful facts in the application booklet are not in this handbook. The booklet and the handbook both have important information you need.

The Renewal Packet

The Program sends you a renewal packet when it is time to renew your application. The packet is sent as certified mail. You must sign the green postal card that is attached to the envelope in order to receive the packet. The post office then returns the signed card to the Program.

The packet includes a letter that tells you what to do and a blank copy of the CSHCN Services Program Application Booklet. If you do not receive a packet about 60 days before your eligibility runs out, contact your local CSHCN Services Program office (refer to page 22 for contact information), or call the Program's central office at 1-800-252-8023. This is a free call in Texas. You can also download the application booklet from the DSHS website at www.dshs.state.tx.us/cshcn/pdf/appengli.pdf.

To renew your application, you must fill out and send in the forms from the CSHCN Services Program Application Booklet.

Read the instructions carefully. Each time you renew your application, you must supply proof of where you live, your current income, and other insurance coverage, including Medicaid or CHIP coverage. You only need to send in a new Physician/Dentist Assessment Form (PAF) once every 12 months. The letter you receive in the renewal application packet will tell you about your deadlines for the PAF. More information about the PAF is on page 10.

If you are a client who needs to apply for Medicaid or CHIP (that is, you are younger than 19 years of age and a U.S. citizen or legal resident) and you have applied for Medicaid or CHIP within the past six months, you must also send in a copy of the most recent determination letter from Medicaid or CHIP. If you have not applied for CHIP or Medicaid in the past six months, you must apply for Medicaid or CHIP. Go to www.chipmedicaid.org to download an application.

You do not have to send proof of your date of birth with your renewal applications.

Do not miss the deadline for sending in your renewal application. If you are close to the end of your eligibility and you are having difficulty getting all of the required proofs or other information, just send in the application forms you have completed. Then, send in the rest as soon as possible.

SENDER: COMPLETE THIS SECTION	COMPLETE THIS SECTION ON DELIVERY
<ul style="list-style-type: none"> ■ Complete items 1, 2, and 3. Also complete item 4 if Restricted Delivery is desired. ■ Print your name and address on the reverse so that we can return the card to you. ■ Attach this card to the back of the mailpiece, or on the front if space permits. 	A. Signature X <input type="checkbox"/> Agent <input type="checkbox"/> Addressee
1. Article Addressed to:	B. Received by (Printed Name) <input type="checkbox"/> C. Date of Delivery
2. Article Number (Transfer from service label)	D. Is delivery address different from item 1? <input type="checkbox"/> Yes If YES, enter delivery address below: <input type="checkbox"/> No
PS Form 3811, February 2004	3. Service Type <input type="checkbox"/> Certified Mail <input type="checkbox"/> Express Mail <input type="checkbox"/> Registered <input type="checkbox"/> Return Receipt for Merchandise <input type="checkbox"/> Insured Mail <input type="checkbox"/> C.O.D. 4. Restricted Delivery? (Extra Fee) <input type="checkbox"/> Yes
	Domestic Return Receipt 102595-02-M-1840

Certified mail card that must be signed to receive your renewal packet.

If you do not renew your application on time, you are dropped from the CSHCN Services Program and from the waiting list. If you want to return to the Program, you must reapply. If it is determined that you are still eligible when you send in your new application, you are put on the waiting list as a brand-new client who has never been on the waiting list or in the Program before. Remember, how long a client has been on the waiting list is one of the things that the Program considers when it decides whom to take off of the waiting list and enroll in the Program to receive health care benefits. **It is always to your advantage to send in your renewal application on time.**

Important: Write the client's name, date of birth, and CSHCN Services Program case number on all proofs, forms, or letters that you send to the Program. You should always make copies of everything that you send to the Program and keep the copies for your records.

Rights and Responsibilities

You have certain basic rights and responsibilities as a person who receives medical attention. You also have certain rights and responsibilities as a client of the CSHCN Services Program.

Your Basic Rights and Responsibilities

Basic Rights

You have the right to:

- Make personal choices about your treatment.
- Ask questions and get answers about anything you do not understand.
- Have your providers explain your health care needs to you and discuss the different ways your health care problems can be treated.
- Be told why care or services were not given.
- Consent to or refuse treatment.
- Actively participate in treatment decisions.

Basic Responsibilities

You have the responsibility to:

- Always contact your primary care provider first for your non-emergency medical needs.
- Understand when you should and should not go the emergency room.
- Actively participate in decisions about the options for your treatment.
- Work with your provider to decide your best option for health care.
- Understand how the things you do can affect your health.
- Do what you can to keep yourself healthy.
- Treat providers and staff with respect.
- Share information about your health and discuss treatment options with your providers. This includes your responsibility to:
 - Tell your provider about your health.
 - Talk to your providers about your health care needs.
 - Ask questions about the different ways your health care problems can be treated.

Your Rights and Responsibilities with the CSHCN Services Program

You have certain rights and responsibilities within the CSHCN Services Program. Those rights and responsibilities are listed in the Rights and Responsibilities form that you signed when you applied for the Program. You must sign and submit the CSHCN Services Program Rights and Responsibilities Form every time you renew your application. The next section lists those rights and responsibilities.

The CSHCN Services Program Rights and Responsibilities Form

By signing the CSHCN Services Program Rights and Responsibilities Form you indicate that:

- You understand what it says.
- You understand that “CSHCN” is the Children with Special Health Care Needs Services Program of the Department of State Health Services.
- You have read the entire document.
- You understand the entire document.
- You agree to abide by the terms stated in the document.
- Everything you have written on all forms to apply for the CSHCN Services Program is true, correct, and complete.
- You have left out nothing that was asked for on the forms.
- You understand that if you hold back any facts or give information that is not true, you may be doing something illegal and you may suffer the consequences of your actions.

These are your rights:

- I understand that I have the right to know all of the information that the CSHCN Services Program 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 the CSHCN Services Program to correct any information that is not correct.
- I understand that this website will tell me about how my information will be kept private: <http://www.dshs.state.tx.us/policy/privacy.shtm>
- I understand that I have the right to be treated fairly, equally, and 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 can call the Office of Civil Rights of the United States Department of Health and Human Services at 1-800-368-1019.
- I understand that whatever I write on the CSHCN Services Program application will not be shared with the Internal Revenue Service (IRS) or the United States Citizenship and Immigration Services (formerly the Immigration and Naturalization Service [INS]).

These are your responsibilities:

- I understand that I must reapply for CSHCN on time every six months. I must reapply on or before the date on which my CSHCN Services Program eligibility runs out.
- I understand that I must put only true, correct, and complete information on the CSHCN Services Program application.
 - I will answer every question fully.
 - I will not leave out any information that is requested on the application.
 - I understand that the CSHCN Services Program may ask me to give proof of any of the information that I write on the CSHCN Services Program application. If so, I must give the CSHCN Services Program the requested proof.
- I understand that I must let the CSHCN Services Program 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 the CSHCN Services Program know about it within 30 days. I must not wait to update my facts on my next CSHCN Services Program 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 the CSHCN Services Program 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 Services Program-enrolled health care providers. A provider who is not enrolled in the CSHCN Services Program may provide services to a CSHCN Services Program client, but the CSHCN Services Program cannot pay for the services.
- I understand that I must pay any money that I owe the CSHCN Services Program.
 - I understand that I must pay the money even if I am no longer eligible for the CSHCN Services Program.
 - I understand that if I withdraw from the CSHCN Services Program, I must still pay the money that I owe.

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

These are your responsibilities that involve benefits from other sources:

- I understand that before the CSHCN Services Program can pay for services, all other insurance or assistance programs must be asked to pay for services and must have refused to pay them.
- I understand that state law may allow me to have my insurance benefits paid directly to the CSHCN Services Program. If so, the health insurance company may pay the CSHCN Services Program directly for any of the CSHCN Services Program's expenses for my care.
- By signing the CSHCN Services Program Rights and Responsibilities form, I am saying that the CSHCN Services Program can collect the payments 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 the CSHCN Services Program.
- I agree that if I ever receive money from a lawsuit resulting from any incidents that caused me to need the CSHCN Services Program services, I will repay the cost of the services that the CSHCN Services Program has provided for me.
- I understand that if the CSHCN Services Program overpays me or pays me in error for the costs of services, I must repay the extra money back to the CSHCN Services Program. If I do not, the CSHCN Services Program may take the amount I owe out of any money the CSHCN Services Program pays me in future. When my CSHCN Services Program eligibility ends, I or my estate will pay the CSHCN Services Program any money that I owe the CSHCN Services Program. I or my estate will pay the money in a single lump sum. The payment will be made within a reasonable time after the CSHCN Services Program tells me that I owe the CSHCN Services Program money.

Your Right to the Review of a Program Decision

Whenever you disagree with a decision that the Program makes, you have certain rights:

- You have the right to use the administrative review (appeals) and fair hearing processes.
- You have the right to receive a timely response to administrative reviews and fair hearings.

Administrative Review

The administrative review process is a way for you to present the reasons why you believe your eligibility should be approved or services you requested should be allowed. The Program must receive your request for an administrative review within 30 days of the date on the denial letter. In your request, you should state why you disagree with the Program's decision. Be sure to include any documents or other proof that you think helps to support what you state in the request.

You can ask for an administrative review by sending a fax to 1-512-458-7238 or by sending a written request to:

CSHCN Administrative Review
Purchased Health Services Unit
Mail Code 1938
Department of State Health Services
1100 West 49th Street
Austin, Texas 78756

Fair Hearing

If you are not satisfied with the CSHCN Services Program's decision from the administrative review, you have a right to request a Fair Hearing. If you want to request a Fair Hearing, the CSHCN Services Program must receive a written request within 20 days of the date of the letter that contains the decision of the administrative review. In your request, you should state why you disagree with the Program's decision. Be sure to include any documents or other proof that you think helps to support what you state in the request. You may represent yourself or have legal counsel or another spokesman at the hearing. The request for a Fair Hearing should be faxed to 1-512-458-7238, or mailed to:

CSHCN Fair Hearing
Purchased Health Services Unit
Mail Code 1938
Department of State Health Services
1100 West 49th Street
Austin, Texas 78756

Failure to request a hearing within the 20-day period will be deemed a waiver of your right to request a hearing, and the Program will take final action.

Changes to Your Address or Life Situation

You are responsible for letting the Program know about certain changes in your life. You **must** inform the Program within 30 days of any change in your address, phone number, income, health care coverage, medical condition, or family situation.

Change in Address or Phone Number

The Program needs your current address so that application packets, letters, the *CSHCN Newsletter for Families*, and any

other Program information can be sent to you. If the Program does not have the correct mailing information, you may miss important information that affects your eligibility.

! IMPORTANT

Let the Program know within 30 days about any changes in your address or life situation.

If you have moved or are about to move, it is your responsibility to complete a CSHCN Services Program Address Change Form and mail or fax it with proof of your new address to your local Program office (refer to page 22 for contact information). The form includes a list of items that you can use as proof of your address.

Remember to write the client's name, date of birth, and CSHCN Services Program case number on everything you send to the CSHCN Services Program. If there is not a space for the date of birth included on the form, please write it next to the name. Be sure to keep copies of everything you send to the Program.

If your phone number changes but your address stays the same, please call the Program office in your area to update your phone number (refer to page 22 for contact information). You may also call the CSHCN Services Program central office at 1-800-252-8023 to change your phone number.

Change in Life Situation

If you have a change in your family's income, health care coverage, medical condition, or family situation, you may have changes in your Program coverage. Please contact your case manager at the Program office in your area for instructions about what to do if you have a change in your life situation (refer to page 22 for contact information). You may also call the CSHCN Services Program central office at 1-800-252-8023 for instructions.

Changes to Your Health Care Coverage

You are responsible for letting the Program know if there is any change in your health insurance or health care coverage, within 30 days of the change. A change may affect what services the CSHCN Services Program can provide.

CSHCN Services Program Rules and Procedures

CSHCN Services Program Rules

The CSHCN Services Program Rules describe the rights and responsibilities of clients. When you applied for program coverage, you signed a form agreeing to abide by CSHCN Services Program rules. (Refer to the section on Rights and Responsibilities in Part 4, on page 12.)

If you would like to read the rules, the CSHCN Services Program can give you a copy. You can get a copy from your case manager or by calling the CSHCN Services Program Helpline at 1-800-252-8023. This is a free call in Texas. You can also download a copy from www.dshs.state.tx.us/cshcn/pdf/copy-of-rules.pdf.

Billing Procedures

CSHCN Services Program providers cannot bill Program clients for providing approved services to them. Program providers cannot bill Program clients for completing any type of CSHCN Services Program form for them.

Other Medical Coverage (Third-Party Resources)

The CSHCN Services Program is called a “payer of last resort.” That means the Program can only consider paying for a service after a client has used all other available coverage. A client’s other available coverage is called a “third-party resource”. It includes any combination of the following:

- Private health insurance
- Dental insurance
- Health maintenance organization (HMO)
- Automobile liability insurance
- Preferred provider organization (PPO)
- Cause of action (lawsuit)
- Medicare—Parts A, B, and D
- TRICARE/CHAMPUS
- Employee welfare plan
- Union health plan
- Children’s Health Insurance Program (CHIP)
- State Kid’s Insurance Program (SKIP)
- Prescription drug insurance
- Vision insurance
- Texas Medicaid Program

If a service is covered by any of the types of coverage listed above, the CSHCN Services Program may not be able to pay for the service.

You must keep your private health insurance, Medicaid, CHIP, or SKIP coverage active at all times. You have 30 days before you drop your coverage to let the CSHCN Services Program know that you plan to do so. The Program sends you a letter when it finds out that you no longer have coverage and asks you to get it again, if you can.

Remember that if you need help paying the premium, please read the section about Insurance Premium Payment Assistance (IPPA) on page 5, and contact your case manager.

Medicaid

Some CSHCN Services Program clients also receive Medicaid. If you have Medicaid, it pays for all or most of the services you need. If Medicaid covers a service, the Program cannot pay for that service. You must tell your providers that you have Medicaid coverage because Medicaid must be billed first. You must show your Medicaid ID (Form H1027 or Form H3087) and tell your providers that you also have coverage through the CSHCN Services Program. You can find out more information about Medicaid online at www.chipmedicaid.org.

Children’s Health Insurance Program (CHIP)

Some CSHCN Services Program clients receive CHIP benefits. The Program may be able to provide some services that CHIP does not cover. However, the Program does not pay for CHIP premiums and does not reimburse clients or parents for any CHIP co-payments. If you have coverage from both CHIP and the CSHCN Services Program, you must take your CHIP identification card and CSHCN Services Program Eligibility Form to all provider visits. You can find more information about CHIP online at www.chipmedicaid.org.

State Kid’s Insurance Program (SKIP)

SKIP is just like CHIP, but it is only for employees of the government of the state of Texas. If you are a state employee and you qualify for SKIP, the Program asks you to apply for coverage from SKIP. You can find more information about SKIP online at www.ers.state.tx.us/Insurance/SKIP.htm.

Private Health Insurance

Some clients have CSHCN Services Program coverage and some form of private health insurance coverage. The Program covers some services that private health insurance does not. The Program only pays for services from providers that are enrolled

in the CSHCN Services Program. If private health insurance covers a service, the Program cannot pay for it. However, if the full amount billed by the provider to the private health insurance company is not paid, then the provider can bill the CSHCN Services Program for what is left over. You must show proof of coverage and tell your providers that you also have CSHCN Services Program coverage.

Please remember that many health insurance plans have deadlines and requirements to pre-authorize some services. You must meet those requirements to receive the services. If a service is denied because you or your provider did not meet the deadlines or requirements, the Program cannot pay for that service.

Clinics

Some medical clinics have special health plans that are not considered private health insurance. These clinics include Gold Card, Carelink, Community Voices, JPS Connection, Medical Assistance Program (MAP), and clinics at the medical schools. These medical clinics are not in all areas, but you can ask your county hospital if they have a clinic plan for you or your family. The CSHCN Services Program does not ask you to use their services first before you can use Program health care benefits.

Denial of Services

Sometimes, the CSHCN Services Program gets a bill from a provider that it cannot pay and the provider is notified. This is called a "denial." If the Program denies payment for a service, the provider may be able to bill you. The provider can bill you if the denial was for any of the following reasons:

- The service is not a CSHCN Services Program health care benefit.
- You were not eligible for the CSHCN Services Program on the date of service.
- The amount is more than what is allowed by the Program (such as certain styles of eyeglasses).
- You did not use your Medicaid.
- You did not use your CHIP, SKIP, or other private health insurance. (Please refer to the section in Part 6 called "Other Medical Coverage.")
- You did not follow the policies and guidelines of CHIP, SKIP, or your private health insurance.
- You did not tell the provider about any restrictions to your other health insurance.
- The provider is not enrolled in the CSHCN Services Program.

If a provider tries to bill or recover money from you for a reason that is not listed above, call TMHP at 1-877-888-2350 for help. TMHP can help with any problem or issue related to providers. For example, if you get a bill from a provider that you think should not have been sent to you, call TMHP. This is a free call in Texas.



Who Is Part of the CSHCN Services Program?

Clients

Most of the clients in the CSHCN Services Program are less than 21 years of age. They are children or young people with special health care needs. Clients with cystic fibrosis (CF) can stay in the CSHCN Services Program after they reach 21 years of age, as long as they meet the eligibility guidelines.

Families

The CSHCN Services Program is “family-based.” This means that the Program recognizes, respects, and supports your family’s beliefs and cultural or ethnic traditions. It promotes family choice and teamwork between clients, their families, and their providers. The Program knows that not all families are just a client’s father, mother, and siblings. Families can include spouses, aunts, uncles, cousins, grandparents, foster parents, caregivers, teachers, and advocates. No matter who makes up your family, the CSHCN Services Program works with your family to help you get all of the available services you can.

Providers

CSHCN Services Program providers are very important for making sure that you get the services and support you need. The Program strives to find caring and highly qualified providers. Program providers offer excellent training, skill, expertise, and compassion. They deliver services that honor and respect your cultural beliefs, traditions, and values.

The Medical Home

The medical home is health care that is centered on your family. You and your health care providers work together to find and access all of the different types of services that you need. It can be in a doctor’s office, community health center, hospital outpatient clinic, school-based clinic, or health department clinic. The medical home makes it easier for you to meet your responsibility to be involved in your health care.

The Program is working to ensure that every one of its clients has a medical home. For more information about having a medical home, talk to your case manager.

Eligibility Staff

Eligibility staff members work in all of the regional offices of the CSHCN Services Program (refer to page 22 for a list of regional offices). These workers can help you fill out your application and give you the papers you need to complete your application. They use the information you provide on your application to determine whether you qualify to receive services from the Program. They also make sure you have a case manager assigned to work with you.

Case Managers

The CSHCN Services Program provides social workers and nurses who work as case managers for all Program clients. Case managers understand your special needs and can help you find and access all of the services and programs that you need. Your case manager gets to know you and your family and works closely with you to coordinate your services.

Case managers can help you find CSHCN Services Program providers and other professionals. They can help you make plans to address other needs, such as education. Case managers also work with the Program’s eligibility staff to make sure that your Program application is complete and that your records are up-to-date.

Case Managers and Transition Planning

Case managers can also help with planning for your transitions, or changes, in life. Life is full of transitions as you develop physically, mentally, and emotionally. You make the transition from home, child care, or special early childhood programs into school. You change from one type of schooling or health care to another. You may leave a hospital or long-term care setting to go into a home or community-living setting, or you may be ready to change from living at home with your family to living on your own. Eventually, you transition from care that centers on the child and family to care that centers on the individual adult.

Transitions are a big part of life and are not always easy. With the right information and planning, transitions can be smoother for you and your family. Your case manager can talk with you about your transitions and how to find and access services that can make these transitions easier. Ask your case manager about transition planning.



IMPORTANT

See more information about the medical home at www.dshs.state.tx.us/cshcn/medhome.shtm

For more information on transition, go to www.dshs.state.tx.us/cshcn/transinfo.shtm

How to Get a Case Manager

All Program clients who receive health care benefits and anyone who is on the waiting list can have a case manager. To get a case manager, contact the Program office in your local area (refer to page 22 for contact information). You can also call the Program's central office at 1-800-252-8023 to ask for a case manager. This is a free call in Texas. The name of your case manager or another contact at your local CSHCN Services Program office is also included in the eligibility letter you receive.

Contractors

The CSHCN Services Program does its best to provide the services you need. Even when funds are limited, the Program provides many services by contracting with other agencies in some areas of the state.

Contractors provide a wide range of family support and community resources that include:

- Information and referral
- Case management for parents
- Bilingual services
- Help with respite care
- Training and workshops
- Chances to network with other families
- Help with Admission, Review, and Dismissal (ARD) meetings and other school services
- Peer support
- Family support groups
- Informal support for siblings
- Resource libraries (print materials and videos)

You may not be able to get all of the listed services in every part of Texas. If you are interested in these services, call your case manager or call the CSHCN Services Program Helpline at 1-800-252-8023. This is a free call in Texas.

You can also find a list of contractors, the parts of Texas they serve, and the services they offer on the DSHS website at www.dshs.state.tx.us/cshcn/con_prov.shtm.



IMPORTANT

To find organizations that provide Program services in your area, go to www.dshs.state.tx.us/cshcn/con_prov.shtm

Where to Find Help and Other Information

The CSHCN Services Program has many resources that you can use to learn more about the Program and the services that are available.

Local Staff and Case Managers

Local offices and case managers can help you:

- Order the CSHCN Services Program Application Booklet.
- Find services, programs, and other resources.
- Fill out the application or make changes to the information on your application.
- Answer any questions you may have about the CSHCN Services Program.

Refer to page 22 for your local office contact information. Your eligibility notification letter also has the phone number of your case manager or other contact in the Program office in your area.

CSHCN Services Program Helpline

The CSHCN Services Program Helpline can:

- Answer any questions you may have about the Program.
- Help you find a case manager if you do not already have one.
- Take your order for the CSHCN Services Program Application Booklet.
- Document your suggestions and complaints.

You can call the CSHCN Services Program Helpline at 1-800-252-8023. This is a free call in Texas. You can also send email to cshcn@dshs.state.tx.us or go to the CSHCN Services Program homepage at www.dshs.state.tx.us/cshcn/ and click on **contact CSHCN** at the bottom of the page.

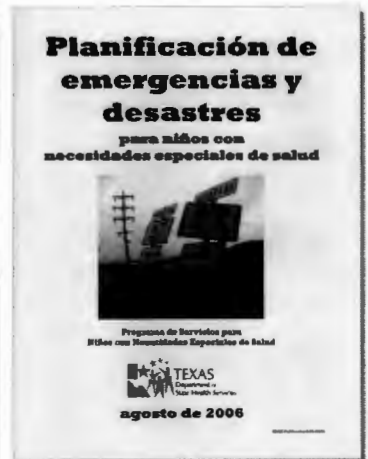
The CSHCN Services Program Website

The CSHCN Services Program website address is www.dshs.state.tx.us/cshcn/. If you have access to a computer and the internet, you can visit the website to:

- Read general information about the CSHCN Services Program.
- Read news updates about the Program.
- Find your local CSHCN Services Program office.
- Download a copy of the CSHCN Services Program Application Booklet.
- Download a copy of this Client Handbook.
- Download the *CSHCN Newsletter for Families*, which includes the Address Change Form.
- Download a copy of the Emergency and Disaster Planning booklet (see below).
- Download a copy of the Emergency Information Form and its instructions (see below).

Emergency and Disaster Planning for Children with Special Health Care Needs Booklet

The CSHCN Services Program has published a bilingual booklet titled, "Emergency and Disaster Planning for Children with Special Health Care Needs/Planificación de emergencias y desastres para niños con necesidades especiales de salud".



Emergency and Disaster Planning Booklet available at www.dshs.state.tx.us/cshcn/pdf/emer_plan.pdf

cias y desastres para niños con necesidades especiales de salud.” The booklet can be found on the CSHCN website at www.dshs.state.tx.us/cshcn/pdf/emer_plan.pdf.

It provides information about how to prepare for an emergency, including checklists of supplies for children with special health care needs. It also contains the Emergency Information Form for Children with Special Needs which was developed by the American Academy of Pediatrics and adapted by the Texas Department of State Health Services.

Emergency Information Form

The Emergency Information Form is available in this manual and on the CSHCN Services Program website at www.dshs.state.tx.us/cshcn/pdf/emer_info_form.pdf.

When filled out fully and correctly, this form can provide complete medical information about the person with special health care needs. Ask your doctors and other medical providers to help you fill out the form as fully as possible. Follow the instructions carefully. Keep a copy of the form with the person who has special needs and in every location that he or she goes frequently.

The form includes areas to indicate:

- Diagnoses
- Current medications
- Baseline physical findings
- Baseline vital signs
- Common problems
- Allergies
- Immunizations
- Past procedures
- Procedures that should be avoided
- Preferred Emergency Department

CSHCN Newsletter for Families

The *CSHCN Newsletter for Families* is sent to all clients and their families four times a year. Clients on the waiting list also get the newsletter. It has basic facts about the Program, updated policies, and helpful information. It also includes the Address Change Form and a list of the addresses and phone numbers of the Program’s regional offices. If you do not receive the newsletter, make sure that you have a current address on file with the Program. Please refer to page 14 for instructions on how to let the Program know your address has changed. The *CSHCN Newsletter for Families* is also available online at www.dshs.state.tx.us/cshcn/newsletter.shtm.

The Texas Medicaid & Healthcare Partnership (TMHP)

TMHP is the state contractor that deals with any problems or issues you may have with a provider. TMHP can also provide information about what the CSHCN Services Program offers, such as co-payments, covered services, and more. You can contact TMHP at 1-877-888-2350. This is a free call in Texas.

How to Find Your Local CSHCN Services Program Office

CSHCN Services Program offices are located all over Texas. The central office is in Austin. To find an office near you:

1. Look at the List of Texas Counties on the next page. Find the name of your county.
2. After the county’s name is a code of numbers and letters.
3. Find the code on the list on page 22. This is your local office.

! **IMPORTANT**

The Emergency Information Form can be found on page 25. Instructions are on page 23.

List of Texas Counties and Local Codes

Anderson-4/5N	Crane-9/10	Hartley-1C	Madison-7	San Patricio-11C
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-11C	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-11M	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-11C	Somervell-3
Bandera-8	Denton-3	Hopkins-4/5N	Medina-8	Starr-11M
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-11C	Dimmitt-8	Hudspeth-9/10	Milam-7	Stonewall-2A
Bell-7	Donley-1C	Hunt-3	Mills-7	Sutton-9/10
Bexar-8	Duval-11C	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-11L	Navarro-3	Tom Green-9/10
Briscoe-1L	Fannin-3	Jim Wells-11C	Newton-4/5N	Travis-7
Brooks-11C	Fayette-7	Johnson-3	Nolan-2A	Trinity-4/5N
Brown-2A	Fisher-2A	Jones-2A	Nueces-11C	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-11C	Palo Pinto-3	Val Verde-8
Callahan-2A	Freestone-7	Kent-2A	Panola-4/5N	Van Zandt-4/5N
Cameron-11C	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-11C	Potter-1C	Washington-7
Chambers-6/5S	Glasscock-9/10	Knox-2WF	Presidio-9/10	Webb-11L
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-11C
Coleman-2A	Grimes-7	Lee-7	Reeves-9/10	Williamson-7
Collin-3	Guadalupe-8	Leon-7	Refugio-11C	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-11C	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-11L
Coryell-7	Harris-6/5S	Lubbock-1L	San Augustine-4/5N	Zavala-8
Cottle-2WF	Harrison-4/5N	Lynn-1L	San Jacinto-4/5N	

Local Offices

1C - Canyon Office

DSHS – Health Services Region 1
PO Box 60968, WTAMU
Canyon, TX 79016
Phone: 1-806-655-7151
Fax: 1-806-655-0820

1L - Lubbock Office

DSHS – Health Services Region 1
1109 Kemper
Lubbock, TX 79403
Phone: 1-806-767-0433
Fax: 1-806-767-0403

2A - Abilene Office

DSHS – Health Services Region 2
4601 South First Street, Suite L
Abilene, TX 79605
Phone: 1-325-795-5869
Fax: 1-325-795-5894

2WF - Wichita Falls Office

DSHS – Health Services Region 2
Social Work Services-509
PO Box 300
Wichita Falls, TX 76307-0300
Phone: 1-940-689-5930
Fax: 1-940-689-5925

3 - Arlington Office

DSHS – Health Services Region 3
1301 South Bowen Road, Suite 200
Arlington, TX 76013
Phone: 1-817-264-4625
Fax: 1-817-264-4911

4/5N - Tyler Office

DSHS – Health Services Region 4/5N
1517 West Front Street
Tyler, TX 75702
Phone: 1-903-533-5231
Fax: 1-903-595-4706

6/5S - Houston Office

DSHS – Health Services Region 6
5425 Polk Avenue, Suite J
Houston, TX 77023-1497
Phone: 1-713-767-3111
Fax: 1-713-767-3172

7 - Austin Office

DSHS – Health Services Region 7
1601 Rutherford Lane, Bldg. C, Suite C-3
Austin, TX 78754
Phone: 1-512-873-6300
Fax: 1-512-873-6334

8 - San Antonio Office

DSHS – Health Services Region 8
7430 Louis Pasteur Drive
San Antonio, TX 78229-4507
Phone: 1-210-949-2141
Fax: 1-210-949-2047

9/10 - El Paso Office

DSHS – Health Services Region 9/10
401 East Franklin, Suite 200
El Paso, TX 79901
Phone: 1-915-834-7675
Fax: 1-915-834-7804

11H - Harlingen Office

DSHS – Health Services Region 11
601 West Sesame Drive
Harlingen, TX 78550-7996
Phone: 1-956-423-0130
Fax: 1-956-444-3294

11C - Corpus Christi Office

DSHS – Health Services Region 11
1233 Agnes Street
Corpus Christi, TX 78401
Phone: 1-361-888-7837
Fax: 1-361-883-4414

11L - Laredo Office

DSHS – Health Services Region 11
1500 Arkansas Ave, Suite 3
Laredo, TX 78043
Phone: 1-956-794-6385
Fax: 1-956-794-6375

11M - McAllen Office

DSHS – Health Services Region 11
901 E Vermont Ave, Suite C
McAllen, TX 78503
Phone: 1-956-618-5433
Fax: 1-956-630-4904

Emergency Information Form Instructions

The American Academy of Pediatrics and the American College of Emergency Physicians put together a form called the Emergency Information Form. You can use this simple form to put together health information for your child with special health care needs.

When you and your child's doctor complete the form, you should keep a copy in the various locations where your child might be, such as at home, the child care center or school, or with the babysitter, grandparents or other relatives, etc. In the case of emergency, the Emergency Information Form would be available if needed by doctors and emergency medical personnel.

To complete this important form, follow these easy instructions:

1. **FILL IT OUT:** Begin filling out the form to the best of your ability. Take the form to the child's doctor or specialist and ask him or her to finish filling out the form.
2. **KEEP IT:** Keep one copy of the form in each of the following places:
 - a. *Doctors:* On file with each of the child's doctors, including specialists
 - b. *Emergency Room:* On file with the local emergency rooms where the child is most likely to be treated in the case of an emergency
 - c. *Home:* At the child's home in a place where it can be easily found, such as the refrigerator
 - d. *Vehicles:* In each parent's vehicle (e.g., in the glove compartment)
 - e. *Work:* At each parent's workplace
 - f. *Purse/Wallet:* In each parent's purse or wallet
 - g. *School or Child Care Center:* On file with the child's school or day care center, such as in the school nurse's office
 - h. *Grandparents/Other Relatives:* At the homes of relatives where the child may visit often, in a place where it can be easily found
 - i. *Child's Belongings:* With the child's belongings when traveling
 - j. *Emergency Contact Person:* At the home of the emergency contact person listed on the form
3. **REGISTER:** Consider registering your child, if he or she is not already registered with MedicAlert®. Send MedicAlert® a copy of the form, and they can keep it stored in their central database. The database is easily accessible by emergency medical personnel. For more information about that system and its enrollment, you may visit www.medicalert.org, call 1-800-ID-ALERT (1-800-432-5378) or email customer_service@medicalert.org. There is a fee to use the MedicAlert® system. However, MedicAlert® offers to waive the fee for applicants who submit a letter from a doctor, nurse, or social service agency with their completed application, which verifies that they cannot pay the fee.*
4. **UPDATE:** It is extremely important that you update the form every 2-3 years, and after any of the following events:
 - a. Important changes in your child's condition
 - b. Any major surgery or procedure
 - c. Important changes in the treatment plan
 - d. Changes in doctors

* The Texas Department of State Health Services (DSHS) does not endorse the MedicAlert® system, and mentions it for informational purposes only.



IMPORTANT

The Emergency Information Form can also be found online at www.dshs.state.tx.us/cshcn/pdf/emer_info_form.pdf.

The form is also included in a bilingual booklet titled, "Emergency and Disaster Planning for Children with Special Health Care Needs." See page 19 for details.

Emergency Information Form for Children With Special Needs

Formulario de Información para Emergencias de Niños con Necesidades Especiales

Pub. No. F07-12540



Date form completed ~ Fecha en que se llenó el formulario:	Revised ~ Modificado:	Initials ~ Iniciales:
By Whom ~ Quién lo llenó:	Revised ~ Modificado:	Initials ~ Iniciales:

Name ~ Nombre:	Birth date ~ Fecha de nacimiento:	Nickname ~ Apodo:
Home Address ~ Dirección del domicilio:	Home/Work Phone ~ Teléfono de casa / de trabajo:	
Parent/Guardian ~ Padre / Tutor legal:	Emergency Contact Names, Relationship, Phone Number(s): Nombres en caso de emergencia, parentesco, número(s) de teléfono:	
Signature/Consent*: Firma / consentimiento*:		
Primary Language ~ Lengua materna:		

Physicians ~ Médicos:

Primary Care Physician ~ Médico principal:	Emergency Phone ~ Número de teléfono en caso de emergencia:
	Fax:
Current Specialty Physician ~ Médico especialista actual:	Emergency Phone ~ Número de teléfono en caso de emergencia:
Specialty ~ Especialidad:	Fax:
Current Specialty Physician ~ Médico especialista actual:	Emergency Phone ~ Número de teléfono en caso de emergencia:
Specialty ~ Especialidad:	Fax:
Anticipated Primary ED (preferred Emergency Room): La sala de Emergencia adonde probablemente vaya:	Pharmacy / Phone number ~ Farmacia / Número de teléfono:
Anticipated Tertiary Care Center (Hospital with highest level of care): El centro de atención especializada adonde probablemente vaya (Hospital con el más alto nivel de atención):	

Diagnoses/Past Procedures/Physical Exam ~ Diagnósticos / Procedimientos anteriores / Examen físico:

1.	Baseline physical findings ~ Resultados del examen físico inicial:
2.	
3.	Baseline vital signs ~ Signos vitales iniciales:
4.	
Synopsis (Summary) ~ Sinopsis (Resumen):	Baseline neurological status ~ Condición neurológica inicial:

*Consent for release of this form to health care providers ~ *Consentimiento para divulgar este formulario a proveedores de atención médica

Last Name ~ Apellidos:

Diagnoses/Past Procedures/Physical Exam, continued ~ Diagnósticos / Procedimientos anteriores / Examen físico, continuación:

Last Name ~ Apellidos:

Medications ~ Medicamentos:	Significant baseline ancillary findings (lab, x-ray, ECG): Resultados iniciales importantes de pruebas complementarias (análisis de laboratorio, radiografías, ECG):
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	Prostheses/Appliances/Advanced Technology Devices: Prótesis / Aparatos / Equipo de tecnología avanzada:
5. _____	_____
6. _____	_____

Management Data ~ Datos para el tratamiento:

Allergies: Medications/Foods to be avoided Alergias: Medicamentos y alimentos que se deben evitar	and why: y la razón:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
Procedures to be avoided ~ Procedimientos que se deben evitar:	and why ~ y la razón:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Immuzination Dates (mm/yy) ~ Fechas de las inmunizaciones (mes/año)

DPT difteria, tétano, pertussis							Hep B Hepatitis B								
OPV antipoliomiéltica oral							Varicella Varicela								
MMR triple vírica							TB status Resultado de la prueba de tuberculosis								
HIB <i>H. influenzae</i> tipo B							Other Otra								

Antibiotic prophylaxis (Prevention with antibiotics): Yes / No (circle)	Indication (diagnosis needing antibiotic prevention): Indicación (diagnóstico que necesita tratamiento preventivo con antibióticos):	Medication and dose: Medicamento y dosis:
Profilaxis con antibióticos (Tratamiento preventivo con antibióticos): Sí / No (marque uno con círculo)	_____	_____
	_____	_____

Common Presenting Problems/Findings, With Specific Suggested Managements

Problemas o hallazgos comunes que se presentan y tratamientos específicos que se sugieren

Problem Problema	Suggested Diagnostic Studies Estudios diagnósticos que se sugieren	Treatment Considerations Las consideraciones de tratamiento

Comments on child, family, or other specific medical issues ~ Comentarios sobre el niño, la familia u otros asuntos médicos específicos:

Physician/Provider Signature ~ Firma del médico / proveedor	Print Name ~ Nombre en letra de molde

Adapted by the Texas Department of State Health Services from the Emergency Information Form, © American College of Emergency Physicians and American Academy of Pediatrics and modified by the County of Los Angeles Children's Medical Services and the Westside Family Resource & Empowerment Center.

Diagnoses/Past Procedures/Physical Exam, continued ~ Diagnósticos / Procedimientos anteriores / Examen físico, continuación:

Last Name ~ Apellidos:

Medications ~ Medicamentos:	Significant baseline ancillary findings (lab, x-ray, ECG): Resultados iniciales importantes de pruebas complementarias (análisis de laboratorio, radiografías, ECG):
1.	
2.	
3.	
4.	Prostheses/Appliances/Advanced Technology Devices: Prótesis / Aparatos / Equipo de tecnología avanzada:
5.	
6.	

Management Data ~ Datos para el tratamiento:

Allergies: Medications/Foods to be avoided Alergias: Medicamentos y alimentos que se deben evitar	and why: y la razón:
1.	
2.	
3.	
Procedures to be avoided ~ Procedimientos que se deben evitar:	and why ~ y la razón:
1.	
2.	
3.	

Immunization Dates (mm/yy) ~ Fechas de las inmunizaciones (mes/año)

DPT difteria, tétano, pertussis								Hep B Hepatitis B					
OPV antipoliomielítica oral								Varicella Varicela					
MMR triple vírica								TB status Resultado de la prueba de tuberculosis					
HIB <i>H. influenzae</i> tipo B								Other Otra					

Antibiotic prophylaxis (Prevention with antibiotics):
Yes / No (circle)

Profilaxis con antibióticos (Tratamiento preventivo con antibióticos):

Sí / No (marque uno con círculo)

Indication (diagnosis needing antibiotic prevention):
Indicación (diagnóstico que necesita tratamiento preventivo con antibióticos):**Medication and dose:**
Medicamento y dosis:**Common Presenting Problems/Findings, With Specific Suggested Managements**

Problemas o hallazgos comunes que se presentan y tratamientos específicos que se sugieren

Problem Problema	Suggested Diagnostic Studies Estudios diagnósticos que se sugieren	Treatment Considerations Las consideraciones de tratamiento

Comments on child, family, or other specific medical issues ~ Comentarios sobre el niño, la familia u otros asuntos médicos específicos:

Physician/Provider Signature ~ Firma del médico / proveedor	Print Name ~ Nombre en letra de molde

Emergency Information Form for Children With Special Needs

Formulario de Información para Emergencias de Niños con Necesidades Especiales

Pub. No. F07-12540



Date form completed ~ Fecha en que se llenó el formulario: Revised ~ Modificado: Initials ~ Iniciales:

By Whom ~ Quién lo llenó: Revised ~ Modificado: Initials ~ Iniciales:

Last Name ~ Apellidos:

Name ~ Nombre:	Birth date ~ Fecha de nacimiento:	Nickname ~ Apodo:
Home Address ~ Dirección del domicilio:	Home/Work Phone ~ Teléfono de casa / de trabajo:	
Parent/Guardian ~ Padre / Tutor legal:	Emergency Contact Names, Relationship, Phone Number(s): Nombres en caso de emergencia, parentesco, número(s) de teléfono:	
Signature/Consent*: Firma / consentimiento*:		
Primary Language ~ Lengua materna:		

Physicians ~ Médicos:

Primary Care Physician ~ Médico principal:	Emergency Phone ~ Número de teléfono en caso de emergencia:
	Fax:
Current Specialty Physician ~ Médico especialista actual:	Emergency Phone ~ Número de teléfono en caso de emergencia:
Specialty ~ Especialidad:	Fax:
Current Specialty Physician ~ Médico especialista actual:	Emergency Phone ~ Número de teléfono en caso de emergencia:
Specialty ~ Especialidad:	Fax:
Anticipated Primary ED (preferred Emergency Room): La sala de Emergencia adonde probablemente vaya:	Pharmacy / Phone number ~ Farmacia / Número de teléfono:
Anticipated Tertiary Care Center (Hospital with highest level of care): El centro de atención especializada adonde probablemente vaya (Hospital con el más alto nivel de atención):	

Diagnoses/Past Procedures/Physical Exam ~ Diagnósticos / Procedimientos anteriores / Examen físico:

1.	Baseline physical findings ~ Resultados del examen físico inicial:
2.	
3.	Baseline vital signs ~ Signos vitales iniciales:
4.	
Synopsis (Summary) ~ Sinopsis (Resumen):	Baseline neurological status ~ Condición neurológica inicial:

*Consent for release of this form to health care providers ~ *Consentimiento para divulgar este formulario a proveedores de atención médica



IMPORTANT

También se puede encontrar el Formulario de Información para Emergencias en Internet al www.dshs.state.tx.us/cshcn/pdf/emer_info_form.pdf

El formulario asimismo se incluye en el folleto bilingüe llamado "Planificación de emergencias y desastres para niños con necesidades especiales de salud". Consulte la página 20 para detalles sobre éste.

Instrucciones para el Formulario de Información

La Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Médicos de Emergencia crearon un formulario nombrado el Formulario de Información para Emergencias. Usted puede utilizar este sencillo formulario para reunir toda la información sobre la salud de su niño con necesidades especiales de salud.

Después de que usted y el médico de su niño llenen el formulario, debe guardar copias de éste en los varios lugares donde su niño podría encontrarse, por ejemplo en la casa, en el centro de cuidado infantil, en la escuela, con la niñera, con los abuelos o con otros parientes, etcétera. En caso de emergencia, el Formulario de Información para Emergencias estará a la disposición de los médicos o del personal médico de emergencias si ellos lo necesitan.

Para llenar este importante formulario siga las siguientes instrucciones:

1. **LLÉNELO:** Empiece por llenar el formulario lo mejor que pueda. Lleve el formulario al consultorio de su médico o médico especialista y pídale que llene las partes incompletas del formulario.
2. **GUÁRDELO:** Guarde una (1) copia del formulario en cada uno de los siguientes lugares:
 - a. *Con los médicos:* En los archivos del consultorio de cada uno de los médicos del niño, incluso los médicos especialistas.
 - b. *En la sala de emergencia:* En los archivos de cada sala de emergencia local en donde es más probable que atiendan a su niño en caso de una emergencia.
 - c. *En la casa:* En la casa del niño, en un lugar en donde se pueda encontrar fácilmente, tal como sobre el refrigerador.
 - d. *En los vehículos:* En el vehículo de cada uno de los padres (por ejemplo, en la guantera)
 - e. *En el trabajo:* En el lugar de trabajo de cada uno de los padres
 - f. *En la bolsa/billetera:* En la bolsa o en la billetera de cada uno de los padres
 - g. *En la escuela o centro de cuidado infantil:* En los archivos de la escuela o el centro de cuidado infantil, por ejemplo en la oficina de la enfermera
 - h. *Con los abuelos u otros parientes:* En las casas de los parientes a quienes quizá el niño visite y en un lugar en donde se pueda encontrar fácilmente
 - i. *Con las cosas personales del niño:* Con las cosas personales del niño al estar viajando
 - j. *Con la persona con quien se pueden comunicar en caso de emergencia:* En la casa de la persona que se indica en el formulario como la persona con quien se pueden comunicar en caso de emergencia
3. **INSCRÍBALO:** Piense en inscribir a su niño en el sistema de MedicAlert®, si todavía no está inscrito. Envíe una copia del formulario a MedicAlert® y ellos lo pueden archivar en la base central de datos. El personal médico de emergencias tiene fácil acceso a la base de datos. Para más información sobre ese sistema y cómo registrarse, puede visitar al www.medicalert.org, llamar al 1-800-432-5378 ó mandar un correo electrónico al customer_service@medicalert.org. Cobran una cuota para utilizar el sistema MedicAlert®. Sin embargo, MedicAlert® ofrece “esponsorizaciones” que pagan la cuota para los solicitantes que remiten su solicitud con una carta, de un médico, enfermera o agencia de servicios sociales, la cual verifica que no pueden pagar la cuota.*
4. **ACTUALÍCELO:** Es muy importante que usted actualice el formulario cada 2 ó 3 años y después de cualquiera de los siguientes acontecimientos:
 - a. Cambios importantes en la condición de su niño
 - b. Una cirugía o procedimiento significativo
 - c. Cambios importantes en el plan de tratamiento
 - d. Cambio de doctor

* El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas no promociona el sistema MedicAlert® y lo menciona para propósitos de información solamente.

Oficinas Locales

1C – Oficina de Canyon

DSHS – Región 1 de Servicios de Salud
PO Box 60968, WTAMU
Canyon, TX 79016
Teléfono: 1-806-655-7151
Fax: 1-806-655-0820

1L – Oficina de Lubbock

DSHS – Región 1 de Servicios de Salud
1109 Kemper
Lubbock, TX 79403
Teléfono: 1-806-767-0433
Fax: 1-806-767-0403

2A – Oficina de Abilene

DSHS – Región 2 de Servicios de Salud
4601 South First Street, Suite L
Abilene, TX 79605
Teléfono: 1-325-795-5869
Fax: 1-325-795-5894

2WF – Oficina de Wichita Falls

DSHS – Región 2 de Servicios de Salud
Social Work Services-509
PO Box 300
Wichita Falls, TX 76307-0300
Teléfono: 1-940-689-5930
Fax: 1-940-689-5925

3 – Oficina de Arlington

DSHS – Región 3 de Servicios de Salud
1301 South Bowen Road, Suite 200
Arlington, TX 76013
Teléfono: 1-817-264-4625
Fax: 1-817-264-4911

4/5N – Oficina de Tyler

DSHS – Región 4/5N de Servicios de Salud
1517 West Front Street
Tyler, TX 75702
Teléfono: 1-903-533-5231
Fax: 1-903-595-4706

6/5S – Oficina de Houston

DSHS – Región 6 de Servicios de Salud
5425 Polk Avenue, Suite J
Houston, TX 77023-1497
Teléfono: 1-713-767-3111
Fax: 1-713-767-3172

7 – Oficina de Austin

DSHS – Región 7 de Servicios de Salud
1601 Rutherford Lane, Bldg. C, Suite C-3
Austin, TX 78754
Teléfono: 1-512-873-6300
Fax: 1-512-873-6334

8 – Oficina de San Antonio

DSHS – Región 8 de Servicios de Salud
7430 Louis Pasteur Drive
San Antonio, TX 78229-4507
Teléfono: 1-210-949-2141
Fax: 1-210-949-2047

9/10 – Oficina de El Paso

DSHS – Región 9/10 de Servicios de Salud
401 East Franklin, Suite 200
El Paso, TX 79901
Teléfono: 1-915-834-7675
Fax: 1-915-834-7804

11H – Oficina de Harlingen

DSHS – Región 11 de Servicios de Salud
601 West Sesame Drive
Harlingen, TX 78550-7996
Teléfono: 1-956-423-0130
Fax: 1-956-444-3294

11C – Oficina de Corpus Christi

DSHS – Región 11 de Servicios de Salud
1233 Agnes Street
Corpus Christi, TX 78401
Teléfono: 1-361-888-7837
Fax: 1-361-883-4414

11L – Oficina de Laredo

DSHS – Región 11 de Servicios de Salud
1500 Arkansas Ave, Suite 3
Laredo, TX 78043
Teléfono: 1-956-794-6385
Fax: 1-956-794-6375

11M – Oficina de McAllen

DSHS – Región 11 de Servicios de Salud
901 E Vermont Ave, Suite C
McAllen, TX 78503
Teléfono: 1-956-618-5433
Fax: 1-956-630-4904

Lista de los condados de Texas y los códigos locales

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

Folleto de Planificación de emergencias y desastres para niños con necesidades especiales de salud

El Programa de Servicios de CSHCN ha publicado un folleto bilingüe titulado “Planificación de emergencias y desastres para niños con necesidades especiales de salud”. Usted puede encontrar el folleto en el sitio web de CSHCN en www.dshs.state.tx.us/cshcn/pdf/emer_plan.pdf.

El folleto proporciona información sobre cómo prepararse para una emergencia, incluyendo listas de suministros para niños con necesidades especiales de salud. También contiene el Formulario de Información para Emergencias de Niños con Necesidades Especiales que fue desarrollado por la Academia Americana de Pediatría [*American Academy of Pediatrics*] y adaptado por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.

Formulario de Información para Emergencias

El Formulario de Información para Emergencias se incluye en este manual y también se encuentra disponible en el sitio web del Programa de Servicios de CSHCN en www.dshs.state.tx.us/cshcn/pdf/emer_info_form.pdf.

Este formulario puede proporcionar información médica completa sobre la persona con necesidades especiales de salud cuando se rellena correcta y totalmente. Pida a sus doctores y otros proveedores médicos que le ayuden a rellenar el formulario de la manera más completa posible. Siga las instrucciones cuidadosamente. Conserve una copia del formulario con la persona que tiene necesidades especiales y en cada ubicación que él o ella suele ir frecuentemente.

El formulario incluye áreas para indicar:

- Diagnósticos
- Medicamentos actuales
- Resultados del examen físico inicial
- Signos vitales iniciales
- Problemas comunes
- Alergias
- Inmunizaciones
- Intervenciones anteriores
- Intervenciones que deben evitarse
- Departamento de emergencia preferido

Boletín de CSHCN para familias

El *Boletín de CSHCN para familias* se envía a todos los clientes y sus familias cuatro veces al año. Los clientes en la lista de espera también reciben el boletín. Cuenta con información básica sobre el Programa, políticas actualizadas e información útil. También incluye el Formulario para cambio de dirección y una lista de las direcciones y números telefónicos de las oficinas regionales del Programa. Si no recibe el boletín,

asegúrese que su dirección actual se encuentre registrada en el Programa. Consulte la página 14 para instrucciones sobre cómo informar al Programa que cambió su dirección. El *Boletín de CSHCN para familias* también está disponible en internet en www.dshs.state.tx.us/cshcn/newsletter.shtm.

Texas Medicaid & Healthcare Partnership (TMHP)

TMHP es el contratista estatal que se encarga de los asuntos y problemas que usted quizá tenga con un proveedor. TMHP también puede proporcionar información sobre lo que ofrece el Programa de Servicios de CSHCN, como los copagos, servicios cubiertos y mucho más. Puede comunicarse con TMHP al 1-877-888-2350. Esta llamada es gratis en Texas.

Cómo encontrar su oficina local del Programa de Servicios de CSHCN

Las oficinas del Programa de Servicios de CSHCN se encuentran ubicadas en todo Texas. La oficina central se encuentra en Austin. Para encontrar una oficina cerca a usted:

1. Consulte la lista de los condados de Texas que aparece en la próxima página. Encuentre el nombre de su condado.
2. Después del nombre del condado hay un código de números y letras.
3. Encuentre el código en la lista en la página 22. Ésta es su oficina local.



¡ IMPORTANTE

El Formulario de Información para Emergencias se encuentra en la página 25. Las instrucciones están en la página 23.

Dónde obtener ayuda y otra información

El Programa de Servicios de CSHCN cuenta con muchos recursos que puede utilizar para enterarse mejor sobre el Programa y los servicios disponibles.

El personal local y los administradores de casos

Las oficinas locales y los administradores de casos pueden ayudarle a:

- Pedir el Folleto de Solicitud del Programa de Servicios de CSHCN.
- Encontrar servicios, programas y otros recursos.
- Rellenar la solicitud o cambiar la información de su solicitud.
- Contestar cualquier pregunta que usted pueda tener sobre el Programa de Servicios de CSHCN.

Consulte la página 22 para la información de contacto de su oficina local. Su carta de notificación de elegibilidad también tiene el número de teléfono de la persona que administra su caso o el de otro contacto en la oficina del Programa de su área.

Línea de Ayuda del Programa de Servicios de CSHCN

La Línea de Ayuda del Programa de Servicios de CSHCN puede:

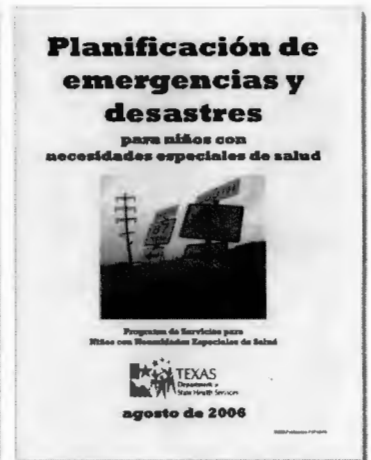
- Contestar cualquier pregunta que usted tenga sobre el Programa.
- Ayudarle a encontrar un administrador de casos si no cuenta con uno.
- Tomar su pedido del Folleto de Solicitud del Programa de Servicios de CSHCN.
- Registrar sus quejas y sugerencias.

Usted puede llamar a la Línea de Ayuda del Programa de Servicios de CSHCN al **1-800-252-8023**. Esta llamada es gratis en Texas. También puede enviar un correo electrónico a cshcn@dshs.state.tx.us o ir a la página principal del sitio web del Programa de Servicios de CSHCN en www.dshs.state.tx.us/cshcn/ y presionar en **contact CSHCN** [*contactar a CSHCN*] en la parte inferior de la página.

El sitio web del Programa de Servicios de CSHCN

La dirección del sitio web del Programa de Servicios de CSHCN es www.dshs.state.tx.us/cshcn/. Si tiene acceso a una computadora y al internet, puede visitar el sitio web para:

- Leer la información general sobre el Programa de Servicios de CSHCN.
- Leer las últimas novedades sobre el Programa.
- Encontrar la oficina local del Programa de Servicios de CSHCN.
- Descargar una copia del Folleto de Solicitud del Programa de Servicios de CSHCN.
- Descargar una copia de este *Manual para Clientes*.
- Descargar el *Boletín de CSHCN para familias*, que incluye el Formulario para cambio de dirección.
- Descargar una copia del folleto *Planificación de emergencias y desastres* (vea la siguiente página).
- Descargar una copia del Formulario de Información de Emergencias y sus instrucciones (vea la siguiente página).



El folleto de Planificación de emergencias y desastres está disponible en www.dshs.state.tx.us/cshcn/pdf/emer_plan.pdf

donde recibe atención médica a largo plazo para ir a un hogar o a una residencia comunitaria, o bien puede estar listo para hacer el cambio de vivir en casa con su familia a vivir solo. Y finalmente, hace su transición del cuidado que está centrado en el niño y en la familia al cuidado que se centra en el adulto.

Las transiciones son una parte importante de la vida y no siempre son fáciles. Con la información y la planificación correctas, las transiciones pueden ser menos complicadas para usted y su familia. La persona que administra su caso puede hablar con ustedes sobre las transiciones y cómo encontrar y tener acceso a los servicios que pueden facilitar esas transiciones. Pregunte a la persona que administra su caso sobre la planificación de transiciones.

Cómo solicitar un administrador de casos

Todos los clientes del Programa que reciben servicios de atención médica y todos los que se encuentran en la lista de espera pueden tener un administrador de casos. Para solicitarlo, comuníquese con la oficina del Programa en su área local (consulte la página 22 para la información de contacto). También puede llamar a la oficina central del Programa al 1-800-252-8023 para solicitar un administrador de casos. Esta llamada es gratis en Texas. El nombre de la persona que administra su caso o el de otro contacto en la oficina local del Programa de Servicios de CSHCN también se incluye en la carta de elegibilidad que recibe.

Los contratistas

El Programa de Servicios de CSHCN se esfuerza al máximo por brindar los servicios que usted necesita. Incluso cuando los fondos son limitados, el Programa proporciona muchos servicios al contratar con otras agencias en algunas áreas del estado.

Los contratistas ofrecen una amplia variedad de apoyo familiar y recursos comunitarios que incluyen:

- Información y envío a otros servicios
- Administración de casos para los padres
- Servicios bilingües
- Ayuda con el cuidado de relevo
- Capacitación y talleres
- Oportunidades de relacionarse con otras familias
- Ayuda con las reuniones de Admisión, Revisión y Retiro (ARD, por sus siglas en inglés) y otros servicios escolares
- Apoyo de compañeros
- Grupos de apoyo para la familia
- Apoyo informal a los hermanos
- Bibliotecas para obtener recursos (materiales impresos y videos)

Tal vez no pueda recibir todos los servicios incluidos en la lista en todas las regiones de Texas. Si está interesado en estos

servicios, llame a la persona que administra su caso o llame a la Línea de Ayuda del Programa de Servicios de CSHCN al 1-800-252-8023. Esta llamada es gratis en Texas.

También puede encontrar una lista de contratistas, las regiones de Texas en las que prestan sus servicios y los servicios que ofrecen en el sitio web de DSHS en www.dshs.state.tx.us/cshcn/con_prov.shtm.



IMPORTANT

Para encontrar organizaciones que prestan servicios del Programa en su área, visite al www.dshs.state.tx.us/cshcn/con_prov.shtm.

¿Quién forma parte del Programa de Servicios de CSHCN?

Los clientes

La mayoría de los clientes del Programa de Servicios de CSHCN tienen menos de 21 años de edad. Son niños o jóvenes con necesidades especiales de salud. Los clientes con fibrosis quística (CF, por sus siglas en inglés) pueden permanecer en el Programa de Servicios de CSHCN después de haber cumplido los 21 años de edad, siempre y cuando cumplan las pautas de elegibilidad.

Las familias

El Programa de Servicios de CSHCN se “basa en las familias”. Esto significa que el Programa reconoce, respeta y apoya las creencias y tradiciones étnicas y culturales de las familias. Promueve opciones para la familia y el trabajo en equipo entre los clientes, sus familias y sus proveedores. El Programa sabe que no todas las familias son sólo el padre, la madre y los hermanos del cliente. Las familias pueden incluir cónyuges, tíos, tías, primos, abuelos, padres adoptivos, personas que brindan atención, maestros y defensores. Sin importar cómo esté formada su familia, el Programa de Servicios de CSHCN trabaja con su familia para ayudarle a obtener todos los servicios que estén a su disposición.

Los proveedores

Los proveedores del Programa de Servicios de CSHCN son muy importantes para asegurar que usted obtenga los servicios y el apoyo que necesita. El Programa se esfuerza por encontrar proveedores humanitarios y altamente calificados. Los proveedores del Programa ofrecen excelente capacitación, habilidad, pericia y compasión. Ofrecen servicios que honran y respetan sus creencias culturales, tradiciones y valores.

El hogar médico

El hogar médico es atención médica que está centrada en su familia. Usted y sus proveedores de atención médica trabajan conjuntamente para encontrar y tener acceso a todos los diferentes tipos de servicios que necesita. Es posible que su hogar médico sea el consultorio de un médico, un centro médico comunitario, una clínica hospitalaria para pacientes ambulatorios, una clínica escolar o una clínica del departamento de salud. El hogar médico ayuda a que usted cumpla con su responsabilidad de participar en su atención médica.

El Programa trabaja para garantizar que todos sus clientes cuenten con un hogar médico. Para obtener mayor información sobre cómo tener un hogar médico, hable con la persona que administra su caso.

El personal de elegibilidad

Los miembros del personal de elegibilidad trabajan en todas las oficinas regionales del Programa de Servicios de CSHCN (consulte la página 22 para una lista de las oficinas regionales). Estos trabajadores pueden ayudarle a rellenar su solicitud y darle los papeles que necesita para completarla. Utilizan la información que usted proporciona en su solicitud para determinar si reúne los requisitos para recibir los servicios del Programa. También se aseguran que usted tenga un administrador de casos asignado.

Los administradores de casos

El Programa de Servicios de CSHCN proporciona a todos los clientes del Programa los servicios de trabajadores sociales y enfermeros que trabajan como administradores de casos. Los administradores de casos comprenden sus necesidades especiales y pueden ayudarle a encontrar y tener acceso a todos los servicios que necesita. La persona que administra su caso conoce a su familia y a usted, y trabaja estrechamente con todos ustedes para coordinar sus servicios.

Los administradores de casos pueden ayudarle a encontrar los proveedores del Programa de Servicios de CSHCN y otros profesionales que pueda necesitar. Le pueden ayudar a hacer planes para atender otras necesidades como la educación. Los administradores de casos también trabajan con el personal de elegibilidad del Programa para garantizar que su solicitud del Programa esté completa y que sus registros estén actualizados.

Los administradores de casos y la planificación de transición

Los administradores de casos también pueden ayudar con la planificación de sus transiciones, o cambios, en la vida. La vida está llena de transiciones a medida que uno se desarrolla física, mental y emocionalmente. Usted hace la transición del hogar, cuidado de niños o programas especiales para la niñez temprana hacia la escuela. Cambia de un tipo de educación o atención médica a otro. Puede salir de un hospital o un centro



¡ IMPORTANTE

Vea más información sobre el hogar médico en www.dshs.state.tx.us/cshcn/medhome.shtm

Para mayor información sobre la transición, consulte www.dshs.state.tx.us/cshcn/transinfo.shtm

Programa de seguro estatal para niños (State Kid's Insurance Program - SKIP)

SKIP es como CHIP, pero es sólo para empleados del gobierno del estado de Texas. Si usted es un empleado del gobierno estatal y reúne los requisitos para SKIP, el Programa le pide que solicite la cobertura de SKIP. Puede obtener mayor información sobre SKIP en internet a través de www.ers.state.tx.us/Insurance/SKIP.htm.

Seguro médico privado

Algunos clientes tienen cobertura del Programa de Servicios de CSHCN y algún tipo de cobertura de seguro médico privado. El Programa cubre algunos servicios que no cubren los seguros médicos privados. El Programa sólo paga los servicios de proveedores que están inscritos en el Programa de Servicios de CSHCN. Si el seguro médico privado cubre un servicio, el Programa no puede pagar dicho servicio. Sin embargo, si no se paga el total que es facturado por el proveedor a la compañía de seguros privada, entonces el proveedor puede facturar lo que falta al Programa de Servicios de CSHCN. Debe mostrar el comprobante de su cobertura e informar a los proveedores que usted también cuenta con la cobertura del Programa de Servicios de CSHCN.

Recuerde que muchos planes de seguro médico tienen fechas límite y requisitos para pre-autorizar algunos servicios. Debe cumplir esos requisitos para recibir los servicios. Si se niega pagar un servicio debido a que usted o su proveedor no cumplieron con las fechas límite o los requisitos, el Programa no puede pagar tal servicio.

Clínicas

Algunas clínicas médicas cuentan con planes de salud especiales que no se consideran como seguro médico privado. Estas clínicas incluyen Gold Card, Carelink, Community Voices, JPS Connection, Programa de Asistencia Médica (*Medical Assistance Program*, MAP) y clínicas en facultades de medicina. Estas clínicas médicas no se encuentran en todas las áreas, pero usted puede preguntar en el hospital de su condado si cuenta con un plan clínico para usted o su familia. El Programa de Servicios de CSHCN no le pide que utilice sus servicios antes de poder utilizar los servicios médicos del Programa.

Denegación de los servicios

En algunas ocasiones, el Programa de Servicios de CSHCN recibe una factura de un proveedor que no puede pagar y se le notifica al proveedor. A esto se le llama "denegación". Si el Programa no autoriza el pago por un servicio, es posible que el proveedor le cobre a usted. El proveedor puede cobrarle si la denegación fue por una de las siguientes razones:

- El servicio no es una prestación médica del Programa de Servicios de CSHCN.
- Usted no reunió los requisitos para el Programa de Servicios de CSHCN en la fecha del servicio.

- El monto es mayor al permitido por el Programa (como por ejemplo, ciertos estilos de anteojos).
- Usted no utilizó su cobertura de Medicaid.
- No utilizó su cobertura de CHIP, SKIP u otro seguro médico privado. (Consulte la sección en la Parte 6 denominada "Otra cobertura médica").
- No cumplió las políticas y pautas de CHIP, SKIP o su seguro médico privado.
- No informó al proveedor sobre las restricciones en su otro seguro médico.
- El proveedor no está inscrito en el Programa de Servicios de CSHCN.

Si un proveedor intenta cobrarle o intenta recuperar dinero por parte de usted por una razón no indicada anteriormente, llame a TMHP al 1-877-888-2350 para solicitar ayuda. TMHP puede ayudarle con cualquier asunto relacionado con los proveedores. Por ejemplo, si usted recibe una factura de un proveedor y cree que no debería haberla recibido, llame a TMHP. Esta llamada es gratis en Texas.



Reglas y procedimientos del Programa de Servicios de CSHCN

Reglas del Programa de Servicios de CSHCN

Las reglas del Programa de Servicios de CSHCN describen los derechos y responsabilidades de los clientes. Cuando usted solicitó la cobertura del programa, firmó un formulario aceptando cumplir las reglas del Programa de Servicios de CSHCN. (Consulte la sección de Derechos y responsabilidades en la Parte 4, página 12).

Si desea leer las reglas, el Programa de Servicios de CSHCN puede proporcionarle una copia. Puede solicitar una copia a la persona que administra su caso, o al llamar a la Línea de Ayuda del Programa de Servicios de CSHCN al 1-800-252-8023. Esta llamada es gratis en Texas. También puede descargar una copia en el sitio web www.dshs.state.tx.us/cshcn/pdf/copy-of-rules.pdf.

Procedimientos de facturación

Los proveedores del Programa de Servicios de CSHCN no pueden cobrar a los clientes del Programa por brindarles los servicios aprobados. Los proveedores del Programa no pueden cobrar a los clientes del Programa por rellenar ningún tipo de formulario del Programa de Servicios de CSHCN.

Otra cobertura médica (recursos de terceros)

Al Programa de Servicios de CSHCN se le llama el “pagador de último recurso”. Eso significa que el Programa sólo considera pagar un servicio después de que el cliente haya utilizado todas las coberturas disponibles. A la otra cobertura disponible del cliente se le llama “recurso de terceros”. Incluye cualquiera de lo siguiente, simple o en combinación:

- Seguro médico privado
- Seguro dental
- Organización de mantenimiento de la salud (*Health Maintenance Organization*, HMO)
- Seguro de responsabilidad civil de vehículos
- Organización de proveedores preferidos (*Preferred Provider Organization*, PPO)
- Acción judicial (demanda)
- Medicare—Partes A, B y D
- TRICARE/CHAMPUS
- Plan de prestaciones de bienestar para empleados
- Planes de salud por medio de sindicatos

- Programa de seguro médico para niños (CHIP)
- Programa de seguro estatal para niños (*State Kid's Insurance Program* - SKIP)
- Seguro de medicamentos recetados
- Seguro para la vista
- Programa de Medicaid de Texas

Si un servicio está cubierto por cualquiera de los tipos de cobertura mencionados anteriormente, el Programa de Servicios de CSHCN tal vez no pueda pagar los servicios.

Deberá mantener activa la cobertura de su seguro médico privado, Medicaid, CHIP o SKIP en todo momento. Tiene 30 días antes de dejar su otra cobertura para informar al Programa de Servicios de CSHCN de su decisión. El Programa le envía una carta cuando se entera de que usted ya no tiene cobertura, pidiéndole que la obtenga de nuevo, si puede hacerlo.

Recuerde que si necesita ayuda para pagar la prima, debe leer la sección sobre Asistencia con Pagos de Primas del Seguro (IPPA) en la página 5 y comunicarse con la persona que administra su caso.

Medicaid

Algunos clientes del Programa de Servicios de CSHCN también reciben Medicaid. Si usted tiene Medicaid, éste paga todos los servicios que requiere, o la mayoría de ellos. Si Medicaid cubre un servicio, el Programa no puede pagar dicho servicio. Debe informar a sus proveedores que tiene cobertura de Medicaid porque se debe facturar primero a Medicaid. Usted tiene que mostrar su identificación de Medicaid (Formulario H1027 o Formulario H3087) e informar a sus proveedores que también tiene cobertura a través del Programa de Servicios de CSHCN. Puede obtener mayor información sobre Medicaid en internet a través de www.chipmedicaid.org.

Programa de seguro médico para niños (CHIP)

Algunos clientes del Programa de Servicios de CSHCN reciben servicios de CHIP. Es posible que el Programa proporcione algunos servicios que CHIP no cubre. Sin embargo, el Programa no paga las primas de CHIP y no reembolsa a los clientes o padres por los copagos de CHIP. Si tiene cobertura tanto de CHIP como del Programa de Servicios de CSHCN, tiene que llevar su tarjeta de identificación de CHIP y el Formulario de Elegibilidad para el Programa de Servicios de CSHCN al consultar a sus proveedores. Puede obtener mayor información sobre CHIP en internet a través de www.chipmedicaid.org.

Su derecho a la revisión de una decisión del programa

En caso de no estar de acuerdo con una decisión tomada por el Programa, usted tiene ciertos derechos:

- Tiene el derecho a utilizar los procesos de revisión administrativa (apelación) y audiencia imparcial.
- Tiene el derecho a recibir una respuesta oportuna a las revisiones administrativas y las audiencias imparciales.

Revisión administrativa

El proceso de revisión administrativa es un medio para presentar los motivos por los que cree usted que debe aprobarse su elegibilidad o deben permitirse los servicios que usted solicitó. El Programa debe recibir su solicitud para una revisión administrativa dentro de los 30 días de la fecha de la carta de denegación. En su solicitud, deberá explicar por qué no está de acuerdo con la decisión del Programa. Asegúrese de incluir todos los documentos u otros comprobantes que considere útiles para respaldar lo que afirma en su solicitud.

Puede solicitar una revisión administrativa enviando un fax al 1-512-458-7238, o enviando una solicitud por escrito a:

CSHCN Administrative Review
Purchased Health Services Unit
Mail Code 1938
Department of State Health Services
1100 West 49th Street
Austin, Texas 78756

Audiencia imparcial

Si no está de acuerdo con la decisión del Programa de Servicios de CSHCN en la revisión administrativa, usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. Si quiere solicitar una audiencia imparcial, el Programa de Servicios de CSHCN debe recibir una solicitud por escrito dentro de los 20 días de la fecha de la carta que contiene la decisión de la revisión administrativa. En su solicitud, deberá explicar por qué no está de acuerdo con la decisión del Programa. Asegúrese de incluir todos los documentos u otros comprobantes que considere útiles para respaldar lo que afirma en su solicitud. Usted puede representarse a sí mismo o contar con un abogado u otro portavoz en la audiencia. Se deberá enviar la solicitud para una audiencia imparcial por fax al 1-512-458-7238, o por correo a:

CSHCN Fair Hearing
Purchased Health Services Unit
Mail Code 1938
Department of State Health Services
1100 West 49th Street
Austin, Texas 78756

El no solicitar una audiencia dentro del período de 20 días se considerará una renuncia de su derecho a solicitar la audiencia y el Programa se llevará a cabo la acción definitiva.

Cambios de su dirección o situación personal

Usted es responsable de informar al Programa sobre ciertos cambios en su vida. **Tiene que** informar al Programa dentro de los 30 días de cualquier cambio de su dirección, número de teléfono, ingresos, cobertura médica, condición médica o situación familiar.

Cambio de dirección o número de teléfono

El Programa necesita su dirección actual para poder enviarle los paquetes de solicitud, las cartas, el *Boletín de CSHCN para familias* y otra información del Programa. Si el Programa no cuenta con la información de envío correcta, es posible que usted pierda información importante que afecta su elegibilidad.

Si se ha mudado o está por hacerlo, es su responsabilidad rellenar el Formulario para Cambio de Dirección del Programa de Servicios de CSHCN y enviarlo por correo o fax a su oficina local del Programa (consulte la página 22 para la información de contacto) junto con el comprobante de su nueva dirección. El formulario incluye una lista de los documentos que puede utilizar como comprobante de su dirección.

Recuerde escribir el nombre del cliente, la fecha de nacimiento y el número de caso del Programa de Servicios de CSHCN en todo lo que envíe al Programa. Si no hay espacio para incluir la fecha de nacimiento en el formulario, escribala junto al nombre. Asegúrese de guardar copias de todo lo que envíe al Programa.

Si cambia su número de teléfono pero mantiene su dirección, llame a la oficina del Programa en su área para actualizar su número de teléfono (consulte la página 22 para la información de contacto). También puede llamar a la oficina central del Programa de Servicios de CSHCN al 1-800-252-8023 para cambiar su número de teléfono.

Cambio de su situación personal

Si tiene un cambio de su ingreso familiar, cobertura médica, condición médica o su situación familiar, puede haber cambios en la cobertura del Programa. Comuníquese con la persona que administra su caso en la oficina del Programa de su área para obtener instrucciones sobre lo que debe hacer si tiene algún cambio de su situación personal (consulte la página 22 para la información de contacto). También puede llamar a la oficina central del Programa de Servicios de CSHCN al 1-800-252-8023 para obtener instrucciones.

Cambios de su cobertura médica

Usted es responsable de informar al Programa si hay algún cambio de su seguro médico o cobertura médica dentro de los 30 días de ocurrido el cambio. Un cambio puede afectar los servicios que le pueda proporcionar el Programa de Servicios de CSHCN.



¡ IMPORTANTE

Informe al Programa si hay algún cambio de su dirección o situación personal dentro de los 30 días de ocurrido el cambio.

- Comprendo que tengo el derecho a ser tratado con justicia e igualdad, sin considerar la raza, el color, el credo, la religión, el país de origen, el sexo, la edad, las creencias políticas o la discapacidad.
- Comprendo que este tratamiento será congruente con las leyes federales y estatales. Si considero que no he sido tratado con justicia e igualdad, puedo llamar a la Oficina de Derechos Civiles [*Office of Civil Rights*] del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos [*United States Department of Health and Human Services*] al 1-800-368-1019.
- Comprendo que todo lo que escriba en la solicitud del Programa de Servicios de CSHCN no se compartirá con el Servicio de Impuestos Internos [*Internal Revenue Service, IRS*] ni con los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de Estados Unidos [*United States Citizenship and Immigration Services*] (anteriormente, el Servicio de Inmigración y Naturalización [*Immigration and Naturalization Service, INS*]).

Estas son sus responsabilidades:

- Comprendo que tengo que renovar la solicitud para CSHCN a tiempo cada seis meses. Debo renovar mi solicitud en la fecha en la que se vence mi elegibilidad para el Programa de Servicios de CSHCN, o antes de esa fecha.
- Comprendo que debo brindar únicamente información completa, verdadera y correcta en la solicitud del Programa de Servicios de CSHCN.
 - Contestaré completamente todas las preguntas.
 - No ocultaré ninguna de la información que se requiere en la solicitud.
 - Comprendo que el Programa de Servicios de CSHCN podrá solicitarme proporcionar comprobantes de la información que escriba en la solicitud del Programa de Servicios de CSHCN. En ese caso, tendré que proporcionar el comprobante solicitado al Programa de Servicios de CSHCN.
- Comprendo que debo informar al Programa de Servicios de CSHCN sobre cualquier cambio de la información sobre mi persona. Dicha información incluye mi dirección, número de teléfono, ingresos, cobertura médica y situación familiar. En caso de haber algún cambio, debo informar al Programa de Servicios de CSHCN dentro de los 30 días de dicho cambio. No debo esperar a actualizar la información en mi próxima solicitud para el Programa de Servicios de CSHCN.
- Comprendo que debo intentar continuar viviendo en Texas. No debo afirmar ser residente de otro estado o país.
- Comprendo que el Programa de Servicios de CSHCN no puede pagar los servicios de las personas que llegan a Texas desde otro lugar sólo para obtener atención médica.
- Comprendo que debo utilizar sólo proveedores de atención médica inscritos en el Programa de Servicios de CSHCN. Un proveedor que no se encuentra inscrito en el Programa de Servicios de CSHCN puede brindar sus servicios a un cliente del Programa de Servicios de CSHCN, pero el Programa no puede pagar esos servicios.

- Comprendo que tengo que pagar cualquier cantidad de dinero que deba al Programa de Servicios de CSHCN.
 - Comprendo que tengo que pagar dicha cantidad incluso si ya no reúno los requisitos para participar en el Programa de Servicios de CSHCN.
 - Comprendo que incluso si me retiro del Programa de Servicios de CSHCN, tengo que pagar el dinero adeudado.
- Comprendo que las reglas del Programa de Servicios de CSHCN describen todos mis derechos y responsabilidades para esta solicitud y los servicios que ofrece el Programa de Servicios de CSHCN. Comprendo que si la solicito, el Programa de Servicios de CSHCN me dará una copia de las reglas.
- Acepto cumplir todas las reglas del Programa de Servicios de CSHCN.

Estas son sus responsabilidades que involucran prestaciones de otras fuentes:

- Comprendo que antes de que el Programa de Servicios de CSHCN pueda pagar los servicios, se les deberá haber solicitado pagar los servicios a todos los otros programas de asistencia y seguros médicos y estos debieron haberse negado a pagarlos.
- Comprendo que la ley estatal puede permitir que mis prestaciones de seguro médico sean pagadas directamente al Programa de Servicios de CSHCN. En ese caso, la compañía de seguros podrá pagar directamente al Programa de Servicios de CSHCN los gastos de mi atención médica que realice el Programa.
- Al firmar el formulario de Derechos y Responsabilidades del Programa de Servicios de CSHCN, declaro que dicho Programa puede recibir los pagos de cualquier prestación de seguro médico que me corresponda. También acepto que mi compañía de seguros puede pagar directamente a mis proveedores de atención médica las prestaciones y los servicios recibidos del Programa de Servicios de CSHCN y a través de éste.
- Acepto que si en algún momento recibo dinero proveniente de una demanda que resulte de incidentes que provocaron que yo necesitara los servicios del Programa de Servicios de CSHCN, pagaré el costo de los servicios que dicho Programa me haya proporcionado.
- Comprendo que si el Programa de Servicios de CSHCN me paga más o equivocadamente los costos de mis servicios, deberé devolver el dinero adicional al Programa. De no hacerlo, el Programa de Servicios de CSHCN podrá tomar la cantidad que debo de cualquier dinero que el Programa me pague en el futuro. Al terminar mi período de elegibilidad para el Programa de Servicios de CSHCN, yo pagaré o mis herederos pagarán al Programa el dinero que le debo. Yo pagaré o mis herederos pagarán la cantidad total en un solo pago. El pago se realizará dentro de un tiempo razonable después de que el Programa de Servicios de CSHCN me informe que debo dinero al Programa.

Derechos y responsabilidades

Usted tiene ciertos derechos y responsabilidades básicos como persona que recibe atención médica. También tiene ciertos derechos y responsabilidades como cliente del Programa de Servicios de CSHCN.

Sus derechos y responsabilidades básicos

Derechos básicos

Tiene el derecho a:

- Tomar decisiones personales sobre su tratamiento.
- Hacer preguntas y obtener respuestas sobre todo lo que no entienda.
- Que los proveedores le expliquen sus necesidades de atención médica y hablen con usted sobre las diferentes maneras en que se pueden tratar sus problemas de salud.
- Saber por qué no se le brindó atención o servicios.
- Aceptar o rechazar el tratamiento.
- Participar activamente en las decisiones sobre el tratamiento.

Responsabilidades básicas

Tiene la responsabilidad de:

- Siempre comunicarse primero con su proveedor de atención primaria para las necesidades médicas que no sean de emergencia.
- Entender cuándo debería y no debería ir a la sala de emergencias.
- Participar de manera activa en las decisiones sobre las opciones de su tratamiento.
- Trabajar con su proveedor para decidir la mejor opción para su atención médica.
- Entender cómo las cosas que hace pueden afectar su salud.
- Hacer lo posible para mantenerse sano.
- Tratar con respeto a los proveedores y personal.
- Compartir información sobre su salud y hablar sobre las opciones de tratamiento con sus proveedores. Esto incluye su responsabilidad de:
 - Hablar con su proveedor sobre su salud.
 - Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención médica.
 - Preguntar sobre las distintas maneras en que se pueden tratar sus problemas de salud.

Sus derechos y responsabilidades con el Programa de Servicios de CSHCN

Tiene ciertos derechos y responsabilidades dentro del Programa de Servicios de CSHCN. Dichos derechos y responsabilidades se enumeran en el formulario de Derechos y Responsabilidades que usted firmó cuando solicitó el Programa. Cada vez que renueve su solicitud tiene que firmar y enviar el Formulario de Derechos y Responsabilidades del Programa de Servicios de CSHCN. La siguiente sección enumera esos derechos y responsabilidades.

El Formulario de Derechos y Responsabilidades del Programa de Servicios de CSHCN

Al firmar el Formulario de Derechos y Responsabilidades del Programa de Servicios de CSHCN usted indica que:

- Comprende lo que dice el folleto.
- Comprende que “CSHCN” es el Programa de Servicios para Niños con Necesidades Especiales de Salud (CSHCN) del Departamento Estatal de Servicios de Salud [*Department of State Health Services*].
- Ha leído todo el documento.
- Comprende todo el documento.
- Está de acuerdo en cumplir con los términos establecidos en el documento.
- Todo lo que ha escrito en todos los formularios para solicitar el Programa de Servicios de CSHCN es verdadero, correcto y completo.
- No ha dejado sin contestar nada de lo que se le pregunta en los formularios.
- Comprende que si oculta algún hecho o brinda información que no es verdadera, puede estar cometiendo un acto ilegal y podría sufrir consecuencias por dichos actos.

Estos son sus derechos:

- Comprendo que tengo el derecho a saber toda la información que el Programa de Servicios de CSHCN recopila sobre mi persona.
- Comprendo que si solicito esta información, tengo el derecho a recibirla.
- Tengo el derecho a revisarla. Tengo el derecho a solicitar al Programa de Servicios de CSHCN que corrija cualquier información que sea incorrecta.
- Comprendo que este sitio web me informará sobre la privacidad de mi información: www.dshs.state.tx.us/policy/privacy.shtm

Guarde el Folleto de Solicitud

Después de que haya llenado y desprendido los formularios para renovar su solicitud, asegúrese de guardar el resto del folleto. La mayoría de la información útil del folleto no aparece en este manual. Tanto el folleto como el manual tienen información importante que usted necesita.

El paquete de renovación

El Programa le envía un paquete de renovación cuando es el momento de renovar su solicitud. Se envía el paquete como correo certificado. Usted tiene que firmar la tarjeta postal verde adjunta al sobre para poder recibir el paquete. Después, la oficina de correos devuelve la tarjeta firmada al Programa.

El paquete incluye una carta que le dice qué hacer y una copia en blanco del Folleto de Solicitud del Programa de Servicios de CSHCN. Si usted no recibe un paquete alrededor de 60 días antes de que termine su período de elegibilidad, comuníquese con la oficina local del Programa de Servicios de CSHCN (consulte la página 22 para la información de contacto) o llame a la oficina central del Programa al 1-800-252-8023. Esta llamada es gratis en Texas. Usted también puede descargar el folleto de solicitud del sitio web de DSHS en www.dshs.state.tx.us/cshcn/pdf/appspani.pdf.

Para renovar su solicitud, tiene que rellenar y enviar los formularios del Folleto de Solicitud del Programa de Servicios de CSHCN. Lea las instrucciones con atención. Cada vez que renueve su solicitud, tiene que presentar un comprobante de dónde vive, de su ingreso actual y de otra cobertura de seguro médico, incluyendo la cobertura de Medicaid o CHIP. Sólo necesita enviar un nuevo Formulario de Evaluación del Médico / Dentista (PAF) cada 12 meses. La carta que recibe en el paquete de solicitud de renovación incluye los plazos para el PAF. Para más información sobre el PAF, consulte la página 10.

Si es un cliente que necesita solicitar Medicaid o CHIP (es decir, usted es menor de 19 años de edad y es ciudadano o un residente legal de EE.UU.) y ha solicitado Medicaid o CHIP en los últimos seis meses, también debe incluir con su solicitud una copia de la carta de resolución más reciente de Medicaid o CHIP. Si no ha solicitado Medicaid o CHIP en los últimos seis meses, debe solicitar Medicaid o CHIP. Visite www.chipmedicaid.org para descargar una solicitud.

No necesita enviar un comprobante de su fecha de nacimiento con las solicitudes de renovación.

No deje que venza el plazo para mandar su solicitud de renovación. Si el fin de su período de elegibilidad está cerca

SENDER: COMPLETE THIS SECTION	COMPLETE THIS SECTION ON DELIVERY
<ul style="list-style-type: none"> ■ Complete items 1, 2, and 3. Also complete item 4 if Restricted Delivery is desired. ■ Print your name and address on the reverse so that we can return the card to you. ■ Attach this card to the back of the mailpiece, or on the front if space permits. 	<p>A. Signature <input type="checkbox"/> Agent <input type="checkbox"/> Addressee</p> <p>X</p> <p>B. Received by (Printed Name) C. Date of Delivery</p> <p>D. Is delivery address different from item 1? <input type="checkbox"/> Yes If YES, enter delivery address below: <input type="checkbox"/> No</p>
1. Article Addressed to:	
2. Article Number (Transfer from service label)	3. Service Type
	<input type="checkbox"/> Certified Mail <input type="checkbox"/> Express Mail <input type="checkbox"/> Registered <input type="checkbox"/> Return Receipt for Merchandise <input type="checkbox"/> Insured Mail <input type="checkbox"/> C.O.D.
	4. Restricted Delivery? (Extra Fee) <input type="checkbox"/> Yes
PS Form 3811, February 2004 Domestic Return Receipt 102565-02-M-1540	

La tarjeta de correo certificado que tiene que firmar para recibir su paquete de renovación.

y tiene dificultades para obtener todos los comprobantes necesarios u otra información, sólo envíe los formularios de solicitud que haya rellenado. Luego, envíe lo demás cuanto antes.

Si usted no renueva su solicitud a tiempo, su nombre será borrado del Programa de Servicios de CSHCN y de la lista de espera. Si quiere regresar al Programa, tiene que volver a hacer una solicitud. Si se determina que usted sigue reuniendo los requisitos cuando envíe su nueva solicitud, se le colocará en la lista de espera como un cliente nuevo que nunca ha estado en la lista de espera ni en el Programa. Recuerde, el tiempo que un cliente lleva en la lista de espera es una de las cosas que el Programa tiene en cuenta cuando decide a quién quitar de la lista de espera e inscribir en el Programa para recibir servicios de atención médica. **Siempre es mejor para usted enviar su solicitud de renovación a tiempo.**

Importante: Escriba el nombre del cliente, su fecha de nacimiento y el número de caso del Programa de Servicios de CSHCN en todos los comprobantes, formularios o cartas que envíe al Programa. Siempre debe sacar copias de todo lo que envía al Programa y guardarlas para su información.

Cómo permanecer en el Programa de Servicios de CSHCN

Renueve la solicitud cada 6 meses

Es su responsabilidad renovar la solicitud cada seis meses para permanecer en el Programa de Servicios de CSHCN. Esto es así tanto si es un cliente que recibe servicios de atención médica como si está en la lista de espera.

Envíe la solicitud de renovación 60 días o menos antes de que termine su período de elegibilidad

Usted debe enviar su solicitud de renovación 60 días o menos antes de que termine su período de elegibilidad. No la envíe más de 60 días antes de que termine su período de elegibilidad. Es muy importante saber cuándo comienza y cuándo termina su período de renovación. Si es un cliente que recibe servicios de atención médica, la fecha calendario del día 60 antes de que termine período de elegibilidad está anotado en su Formulario de Elegibilidad. El formulario dice: "Para continuar en el Programa de Servicios de CSHCN después de que este formulario venza, tiene que rellenar una nueva solicitud del Programa de Servicios de CSHCN y enviar la solicitud al Programa de Servicios de CSHCN después de (una fecha)". La fecha es el primer día cuando el Programa puede aceptar su solicitud de renovación. Siempre acuérdesese que la fecha aparece con el mes primero. Por ejemplo, la fecha 9/12/07 significa el día 12 del mes 9 de 2007, o sea el 12 de septiembre de 2007.

Si es un cliente que está en la lista de espera, no recibirá un formulario de elegibilidad que muestre el día 60 antes de que termine su período de elegibilidad. Sólo aparece en la carta el día que **termina** su período de elegibilidad financiera. Usted tiene que calcular el día 60 antes de que termine su período de elegibilidad. Por ejemplo, si su período de elegibilidad financiera es de abril a octubre, el día 60 antes de que termine su período de elegibilidad es en agosto. Agosto sería lo más temprano que el Programa podría aceptar su solicitud de renovación. Pregunte la fecha exacta a la persona que administra su caso.

Si usted envía la solicitud de renovación antes de los 60 días anteriores de que termine su período de elegibilidad, el Programa de Servicios de CSHCN no podrá aceptarla y se la devolverá. Usted deberá volverla a enviar durante el período de renovación correcto.



¡ IMPORTANTE

Acuérdesese que la fecha en el formulario aparece con el mes primero.

Actualice su información médica cada 12 meses en el PAF

Usted debe renovar la solicitud para el Programa de Servicios de CSHCN cada seis meses, pero sólo necesita actualizar su información médica cada doce meses. El Programa de Servicios de CSHCN utiliza el Formulario de Evaluación del Médico / Dentista (PAF) para juntar su información médica. El Programa le dirá cuándo debe enviar un nuevo PAF. Aunque el PAF está en todos los paquetes de solicitud, sólo tiene que enviarlo cuando se le notifica que es necesario. También debería enviar un nuevo PAF si su estado de salud actual se agrava o si tiene una nueva enfermedad.

Su doctor o dentista (alguien que tenga un título de Doctor en Medicina, Osteopatía, Odontología o Cirugía Dental) tiene que rellenar y firmar el PAF. (Estos profesionales llevarán las siglas MD, DO, DMD, o DDS después del nombre). Un enfermero o un auxiliar médico no puede firmar este formulario. Si actualmente usted reúne los requisitos necesarios para recibir servicios de atención médica, los proveedores de CSHCN no pueden cobrarle por firmar o rellenar este formulario ni ningún otro formulario del Programa de Servicios de CSHCN.

El Programa también puede utilizar otra información médica que envíe usted o un trabajador de casos. El Programa puede ofrecerle mejores servicios si sabe todo sobre su condición.

Cómo obtener un Folleto de Solicitud del Programa de Servicios de CSHCN

Si no recibe una copia del Folleto de Solicitud del Programa de Servicios de CSHCN por correo, puede:

- Recogerlo en persona en la oficina local del Programa de Servicios de CSHCN (consulte la página 22 para la información de contacto).
- Descargarlo de www.dshs.state.tx.us/cshcn/clapplforms.htm en el sitio web de DSHS.
- Llamar a la oficina central del Programa al 1-800-252-8023 o a su oficina local (consulte la página 22 para la información de contacto) para que le envíen una copia.
- Solicitarlo por fax al 1-512-458-7565 o al 1-800-441-5133.
- Solicitarlo por correo a:

CSHCN Services Program
Purchased Health Services Unit
Mail Code 1938
Department of State Health Services
1100 West 49th Street
Austin, Texas 78756-3199

- Cada vez que el Programa decida que usted reúne los requisitos para recibir servicios de atención médica, le enviará otra carta de elegibilidad y otro Formulario de Elegibilidad para el Programa de Servicios de CSHCN. Siempre utilice el formulario más reciente cuando reciba servicios. Consulte la Parte 3, “Cómo permanecer en el Programa de Servicios de CSHCN” para obtener información sobre cómo renovar su elegibilidad.

La lista de espera

Cuando los fondos están limitados, el Programa de Servicios de CSHCN coloca a algunos clientes en una lista de espera para los servicios de atención médica. La lista de espera incluye nuevos clientes y clientes que no enviaron su solicitud de renovación antes de que terminara su período de elegibilidad. Los clientes deben recordar de renovar a tiempo para evitar ser colocados en la lista de espera.

Si se le coloca a usted en la lista de espera, tiene que renovar su solicitud cada seis meses para conservar su lugar en la lista de espera. El Programa sólo puede quitar clientes de la lista de espera cuando tenga los fondos suficientes para ofrecerles servicios de atención médica.

Hay ciertas cosas que el Programa considera cuando decide a quién le puede quitar de la lista de espera para recibir servicios de atención médica, incluyendo:

- La declaración del doctor en el Formulario de Evaluación del Médico / Dentista
- Su otra cobertura de seguro médico, si es que tiene, incluyendo la cobertura de Medicaid o CHIP
- Cuánto tiempo lleva en la lista de espera



Elegibilidad para el Programa

Le enviamos este manual porque usted recibió una carta del Programa que decía que usted reúne los requisitos del Programa. Cuando una persona reúne los requisitos significa que tiene derecho a recibir los servicios de atención médica que ofrece el Programa. También quiere decir que sucedieron tres cosas:

1. Usted solicitó los servicios. Rellenó todos los formularios de solicitud y otro papeleo necesario y los envió al Programa de Servicios de CSHCN. Esta solicitud se encuentra en el sitio web de DSHS en www.dshs.state.tx.us/cshcn/pdf/appspani.pdf.
2. Su doctor o dentista relleno y entregó el Formulario de Evaluación del Médico / Dentista (PAF, por sus siglas en inglés) del Programa de Servicios de CSHCN.
3. El Programa estudió sus papeles y concluyó que usted cumple con las pautas del programa para las personas que pueden obtener servicios. Fue cuando el Programa determinó que usted cumplía los requisitos y le envió una carta de aprobación y el Formulario de Elegibilidad del Programa.

El Formulario de Elegibilidad para el Programa de Servicios de CSHCN

Usted puede comenzar a recibir los servicios de atención médica que ofrece el Programa cuando recibe el Formulario de Elegibilidad para el Programa de Servicios de CSHCN. A veces se le conoce como “tarjeta de elegibilidad” o “tarjeta de identificación”, pero no es una tarjeta. Es una hoja tamaño carta color gris con el nombre del cliente, el número de cliente, las fechas de elegibilidad y otra información sobre la elegibilidad. No es un formulario que tenga que rellenar. El formulario muestra dos cosas:

1. El nombre del cliente del Programa de Servicios de CSHCN
2. Las fechas en que el cliente tiene derecho a recibir servicios de atención médica (Acuérdese que la fecha aparece con el mes primero. Por ejemplo, el 5/10/07 significa el día 10 del mes 5 de 2007, o sea el 10 de mayo de 2007).

Hay algunas cosas importantes que usted debe recordar acerca del formulario y de su elegibilidad.

- Tiene que mostrar el Formulario de Elegibilidad siempre que reciba servicios de atención médica de un proveedor del Programa. Asegúrese de llevarlo a todas las citas.

- Conozca bien su fecha de elegibilidad. Sólo puede recibir servicios de atención médica cuando está vigente su elegibilidad para el Programa. Cuando se venza el período de elegibilidad, ya no tendrá la cobertura del Programa. Para continuar recibiendo servicios de atención médica, tiene que renovar la solicitud cada seis meses y cada vez reunir los requisitos necesarios.
- Es muy importante renovar su solicitud a tiempo.

La fecha siempre aparece en el formulario con el mes primero.

The image shows a sample of the CSHCN Eligibility Form. At the top, it features the Texas Department of State Health Services logo and contact information for Children with Special Health Care Needs (CSHCN). Below the logo, there are fields for PARENT/GUARDIAN NAME, STREET ADDRESS, and CITY, TX ZIPCODE. A callout box points to the date field, which contains the text: "CSHCN Case # 9-123456-00 Name: CLIENT NAME Birth: 06/05/89 Sex: M Medical/Insurance Medicaid Number: 123456789 Valid 02/24/04 thru 06/25/2004". Below the form, there is a section titled "Provider Information" with text explaining the form's use and validity.

El Formulario de Elegibilidad para el Programa de Servicios de CSHCN

ayudarle. La persona que administra su caso también puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre nuestras cartas. Sírvase tener la carta a mano cuando hable con el personal del Programa o con un administrador de casos.

Encuestas del Programa

De vez en cuando podría recibir encuestas del Programa. Por favor responda cualquier encuesta que reciba y devuélvala al Programa lo antes posible. Ésta es una manera importante para que usted comparta sus opiniones respecto al Programa y ayude a mejorar el Programa para todos los que participan en él.

Cómo comunicarse con nosotros

Por teléfono:

Llame a la oficina local del Programa. Consulte la página 22 para la información de contacto de su oficina local. También puede llamar a la oficina central del Programa al 1-800-252-8023. Esta llamada es gratis en Texas.

Por correo electrónico:

Puede enviar un correo electrónico a cshcn@dshs.state.tx.us. También puede visitar la página principal del sitio web del Programa de Servicios de CSHCN en www.dshs.state.tx.us/cshcn/ y presionar en **contact CSHCN** [*contactar a CSHCN*] al final de la página.

Por correo:

CSHCN Services Program
Purchased Health Services Unit
Mail Code 1938
Department of State Health Services
1100 West 49th Street
Austin, Texas 78756



- Modificaciones al hogar—Cubre rampas permanentes, duchas para sillas de ruedas, entradas más anchas en el hogar y otras modificaciones similares.
- Otro equipo especial que no esté incluido en el plan de seguro médico del cliente—Incluye plataformas elevadoras para porches o escaleras, equipo para cambiar de posición y ayudas para el baño.

Existen límites en los FSS que el Programa puede ofrecer. Si el Programa de Servicios de CSHCN tiene una lista de espera, usted tal vez no pueda obtener los Servicios de Apoyo para la Familia. En la mayoría de los casos, el costo total de los FSS no puede superar los \$3,600 por año calendario para cada cliente. Se pueden hacer algunas excepciones para modificaciones vehiculares.

Para más información sobre cómo obtener los servicios de FSS, llame a la oficina local del Programa de Servicios de CSHCN (consulte la página 22 para la información de contacto) o llame al 1-800-252-8023. Esta llamada es gratis en Texas.

Administración de casos

El Programa ofrece servicios de administración de casos a todos los clientes que reciben servicios de atención médica, clientes que están en la lista de espera del Programa (consulte la página 9 para más información sobre la lista de espera) y otros miembros de la comunidad. La administración de casos es una manera de ayudarle a encontrar y recibir los servicios que necesita. Para saber más sobre la administración de casos y cómo puede ayudarlo, consulte la página 17.

Inmunizaciones

Todas las inmunizaciones infantiles están cubiertas por el Programa. Las inmunizaciones, o vacunas, son una excelente manera de proteger a la gente contra enfermedades graves. Vacunarse a tiempo puede prevenir que padezca esas enfermedades. Es muy importante seguir el calendario correcto de vacunación. Pregunte a su proveedor de atención primaria cuándo debe vacunarse.

Usted puede obtener una copia del calendario de inmunización en el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) en www.cdc.gov/Nip/recs/child-schedule.htm. Puede obtener información sobre vacunas específicas del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas [*Texas Department of State Health Services*] en www.immunizetexas.com o del sitio web de CDC en www.cdc.gov/nip/publications/vis.

Verifique en el departamento de salud del condado local dónde puede vacunarse. También puede llamar al 2-1-1 para encontrar la clínica que le quede más cerca. Esta llamada es gratis en Texas.

Cómo obtener una copia del registro de vacunación de un niño

Llame al departamento de salud local para obtener una copia del registro de vacunación de un niño si usted aceptó que los registros fueran enviados a ImmTrac, el Registro de Inmunización de Texas.

Si no aceptó que los registros fueran enviados a ImmTrac, comuníquese con su doctor o con la clínica local del departamento de salud donde se recibieron las inmunizaciones. Puede llamar al 2-1-1 para encontrar la clínica que le quede más cerca.

Los registros de inmunización *no se pueden* ver en línea (en Internet).

Cómo obtener una copia del registro de vacunación de un adulto

Para obtener una copia del registro de vacunación de un adulto, comuníquese con el departamento de salud local o al consultorio del doctor donde recibió las vacunas.

Limitaciones de los servicios del programa

- Los servicios médicos deben ser médicamente necesarios para el cuidado y tratamiento de un cliente que reúne los requisitos para el Programa y que tiene una enfermedad crónica física o del desarrollo.
- El proveedor debe recomendar los servicios médicos de acuerdo con su licencia y con todas las leyes, reglas y políticas que se apliquen al Programa de Servicios de CSHCN.
- El Programa sólo paga los servicios brindados por proveedores inscritos en el Programa de Servicios de CSHCN. Si usted conoce a un proveedor y quiere que él o ella participe en el Programa de Servicios de CSHCN, pídale que llame al Centro de Contacto de TMHP-CSHCN al 1-800-568-2413 para obtener ayuda. Esta llamada es gratis en Texas.

Cartas del Programa

El Programa de Servicios de CSHCN le envía cartas cuando tiene algo importante que preguntarle o decirle. Por ejemplo, es posible que reciba una carta que solicite más información sobre una solicitud, comprobante o formulario que haya enviado al Programa. Lea todas las cartas con atención y respóndalas antes de las fechas de vencimiento indicadas. Si usted no responde la carta antes de la fecha de vencimiento o si no la contesta en absoluto, puede perder su elegibilidad o tener problemas al renovar su solicitud.

A veces, el Programa envía la carta por correo certificado y usted tiene que firmar la tarjeta postal verde adjunta al sobre para recibir la carta. La oficina de correos le da la carta y devuelve la tarjeta firmada al Programa.

Las cartas del Programa siempre tienen un número de teléfono para llamar si tiene dudas. El personal del Programa siempre atiende sus llamadas con gusto y hace todo lo que puede por

! IMPORTANTE

Llame al 2-1-1 para encontrar una clínica cerca de su casa.

oficina local del Programa o con la oficina central del Programa de Servicios de CSHCN al 1-800-252-8023 para más información (consulte la página 22 para encontrar su oficina local del Programa).

Más de 50 millas fuera del límite de Texas

Los proveedores que están ubicados en Estados Unidos, pero a más de 50 millas del límite de Texas se consideran proveedores de otro estado. El Programa tiene que aprobar los servicios de proveedores de otro estado de antemano. El proveedor de otro estado debe estar inscrito como proveedor del Programa de Servicios de CSHCN. Los proveedores pueden llamar al Centro de Contacto de TMHP-CSHCN al 1-800-568-2413 para inscribirse.

El Programa tal vez cubra los servicios ofrecidos por proveedores de otro estado si el doctor, el cliente, el padre o tutor y la Directora Médico del Programa de Servicios de CSHCN están de acuerdo en que:

- Un proveedor de otro estado es el proveedor elegido por la calidad de su atención.
- El mismo tratamiento u otro tratamiento con los mismos costos o beneficios no está disponible en Texas.
- El tratamiento en otro estado disminuirá el costo del tratamiento del cliente para el Programa.
- El tratamiento en otro estado es una práctica médica aceptada.
- El tratamiento que se hará en otro estado se espera mejore la calidad de vida del cliente.

El Programa tal vez cubra sus gastos de transporte, comidas y alojamiento de ida y vuelta al lugar donde recibe servicios fuera del estado que el Programa haya aprobado. Si es necesario, estos gastos puedan estar cubiertos para un adulto responsable que deba acompañarlo. Los gastos de viaje se negocian para encontrar el costo total más económico.

Los requisitos y procedimientos de autorización normales no se aplican a servicios en otros estados porque estos servicios necesitan una aprobación especial del Programa de Servicios de CSHCN.

Fuera de los Estados Unidos de Norteamérica

El Programa no cubre los servicios recibidos fuera de la frontera de Estados Unidos.

Asistencia con Pagos de Primas del Seguro

El programa de Asistencia con Pagos de Primas del Seguro (IPPA, por sus siglas en inglés) permite al Programa de Servicios de CSHCN reembolsar las primas de seguro médico pagadas por clientes del Programa de Servicios de CSHCN. Para tener derecho al IPPA, usted debe reunir los requisitos para pertenecer al Programa de Servicios de CSHCN y tener la cobertura de un seguro médico privado a través de cualquier programa de recursos de terceros, excepto CHIP. Para más información sobre cobertura de recursos de terceros, consulte la página 15.

Usted deberá solicitar el servicio de IPPA todos los años. Eso significa que si usted pierde su derecho a pertenecer al Programa de Servicios de CSHCN durante ese año, también perderá la cobertura de IPPA. Usted recibirá un aviso de que es el momento de renovación alrededor de 60 días antes de que termine su período de elegibilidad para IPPA. Asegúrese de renovar a tiempo.

El aviso no incluye una solicitud para IPPA. Es su responsabilidad obtener una copia de la solicitud para IPPA:

- Llamando a la Línea de Ayuda al Cliente de TMHP-IPPA al 1-800-440-0493.
- Llamando a la oficina local del Programa de Servicios de CSHCN (consulte la página 22 para la información de contacto).
- De la persona que administra su caso.
- Llamando a la Línea de Ayuda del Programa de Servicios de CSHCN al 1-800-252-8023.

La solicitud para el IPPA es diferente a la solicitud para el Programa de Servicios de CSHCN y tiene dos partes. Usted rellena la primera parte de la solicitud. Los doctores que más sepan sobre su cuidado rellenan la segunda parte.

TMHP decide si usted reúne los requisitos para recibir los servicios de IPPA dependiendo de cuánto cueste pagar su tratamiento médico. Si el tratamiento cuesta más de lo que cuesta reembolsarle sus primas de seguro médico, TMHP puede aprobar su solicitud para IPPA. Después, el personal de TMHP-IPPA trabajará con usted para coordinar el trámite de reembolso. Eso significa que usted tiene que pagar cada prima del seguro primero y luego TMHP le devolverá el dinero.

Servicios de Apoyo para la Familia

Los Servicios de Apoyo para la Familia (FSS, por sus siglas en inglés) pueden ayudar a las familias a atender a clientes con necesidades especiales de salud. FSS también puede ayudar al cliente a ser más independiente y más capaz de participar en la vida familiar y en las actividades comunitarias. Algunos ejemplos de FSS son el cuidado de relevo, las modificaciones menores al hogar y las plataformas elevadoras para vehículos.

FSS incluye, entre otros, los siguientes servicios:

- Cuidado de relevo—Es el cuidado que ofrecen otras personas. Permite a las personas que habitualmente cuidan al cliente tomar un pequeño descanso.
- Gastos de cuidado de niños especializado—Son los gastos que sobrepasan y van más allá de los gastos del cuidado de niños típico. Tienen que estar relacionados con la discapacidad del niño o su padecimiento médico.
- Modificaciones al vehículo—Cubre los mecanismos elevadores para sillas de ruedas y modificaciones relacionadas, como anclajes para sillas de ruedas, techos elevados y controles manuales.

Otros servicios médicos

El Programa de Servicios de CSHCN también cubre cirugía y rehabilitación. Si estos servicios y los que aparecen en la página 3 estén cubiertos o no depende de su caso particular. La cobertura para algunos servicios es limitada.

Llame a TMHP al 1-877-888-2350 para obtener ayuda para encontrar un proveedor que ofrezca cualquiera de los otros servicios cubiertos por el Programa. Esta llamada es gratis en Texas.

Medicamentos

Si la única cobertura para medicamentos que usted tiene es del Programa de Servicios de CSHCN, el Programa paga sus medicamentos en las farmacias inscritas en el Programa. Para encontrar una farmacia cerca de usted que esté inscrita como proveedora del Programa, llame al Programa de Servicios de CSHCN al 1-800-252-8023. Esta llamada es gratis en Texas. También puede llamar a este número para saber si la farmacia que usted frecuenta es un proveedor inscrito.

Si usted tiene un seguro privado que cubra medicamentos, estos son cobrados primero a la compañía de seguros que paga sus medicamentos. El farmacéutico puede entonces cobrar al Programa de Servicios de CSHCN la cantidad que la compañía de seguros no pagó. Si su compañía de seguros dice que usted debe pagar cierta cantidad (un copago) por medicamentos, usted tendrá que pagar dicho copago. El Programa de Servicios de CSHCN puede entonces reembolsarle ese copago (devolverle el dinero).

Para recibir el reembolso de los copagos de sus medicamentos, usted tiene que enviar los recibos a TMHP, la compañía que ayuda al Programa en este proceso. Llame a la línea de Atención al Cliente de TMHP al 1-877-888-2350. Esta llamada es gratis en Texas. Pida instrucciones sobre el reembolso de sus copagos de medicamentos y cómo enviar sus recibos. Es recomendable quedarse con los recibos originales y enviar copias de estos.

El Programa no le puede reembolsar sus copagos si tiene cobertura del Programa de seguro médico para niños (CHIP).

Programa de transporte médico

El Programa de Transporte Médico (MTP, por sus siglas en inglés) es parte del Departamento de Transporte de Texas [*Texas Department of Transportation*]. Ayuda a los clientes del Programa de Servicios de CSHCN que necesitan transporte para recibir servicios de atención médica. Si usted no tiene manera de llegar a una cita médica, MTP puede ayudarlo. MTP toma en cuenta sus necesidades especiales de salud.

Transporte médico de rutina

Un servicio de camioneta, autobús o taxi organizado por MTP para ir a una cita en su condado o en un condado vecino se llama "transporte médico de rutina". Llame a MTP al 1-877-633-8747 para hacer los arreglos de transporte médico de rutina. Debe

llamar a MTP al menos dos días hábiles antes de la cita. Esta llamada es gratis en Texas.

Transporte médico especial

El transporte para viajes por razones médicas que no son rutinarios (incluyendo aquellos en los que tal vez se necesiten comidas y alojamiento) se llama "transporte médico especial". El transporte médico especial incluye:

- Reembolso por millas recorridas cuando usted maneja su propio vehículo para servicios que están dentro o fuera de su área inmediata
- Boletos prepagados de autobús o avión para viajes más largos
- Transporte por otros medios para recibir servicios
- El costo de un hotel cuando tiene que pasar la noche en algún lugar por razones médicas

El Programa de Servicios de CSHCN tal vez pueda cubrir el costo de comidas, alojamiento y transporte para usted y un adulto que lo atienda (como por ejemplo, un familiar) si tiene que pasar una noche o más en algún lugar por razones médicas.

Para todos estos tipos de viajes, MTP le ayudará a hacer los arreglos necesarios. Esto incluye comidas y alojamiento en los casos en que el Programa de Servicios de CSHCN cubra esos gastos. Muchas veces, si informa a MTP con tiempo, tal vez pueda conseguir fondos antes del viaje para cubrir los gastos durante el mismo. En muchas ciudades y pueblos de Texas, MTP puede hacer arreglos especiales para que se quede en lugares diseñados para niños con necesidades especiales y sus familias, como por ejemplo, la *Ronald McDonald House*.



¡ IMPORTANTE

**Número de teléfono de MTP:
1-877-633-8747**

Sírvase llamar a MTP al 1-877-633-8747 para hacer los arreglos de transporte médico especial. MTP debe recibir su solicitud por lo menos cinco días hábiles antes de la cita. Esta llamada es gratis en Texas.

Servicios y transporte fuera de Texas

Dentro de 50 millas o menos del límite de Texas

Los proveedores que están ubicados en Estados Unidos y que están a una distancia de 50 millas o menos del límite de Texas *no* se consideran proveedores de otro estado. Si resulta más caro o es más riesgoso en términos médicos consultar a un proveedor en Texas que a uno dentro de una distancia de 50 millas del límite de Texas (en Nuevo México, Oklahoma, Arkansas o Louisiana), el Programa tal vez cubra los gastos del servicio. El proveedor debe estar inscrito en el Programa. Los proveedores pueden llamar al Centro de Contacto de TMHP-CSHCN al 1-800-568-2413 para inscribirse.

El Programa tal vez cubra sus gastos de transporte, comidas y alojamiento de ida y vuelta al lugar donde recibe estos servicios. Si es necesario, estos gastos puedan estar cubiertos para un adulto responsable que deba acompañarlo. Comuníquese con la

¿En qué consiste el Programa de Servicios de CSHCN?

El Programa de Servicios de CSHCN fue creado en Texas en 1933 para ayudar a que los niños con necesidades especiales de salud mejoren su salud, su bienestar y su calidad de vida. El Programa paga el tratamiento y los equipos médicos para los niños con necesidades especiales que reúnan los requisitos del Programa, desde que nacen hasta los 21 años de edad, y para las personas de cualquier edad que tienen fibrosis quística. Los clientes pueden obtener los servicios de atención médica necesarios y servicios de apoyo como el cuidado de relevo (cuidado ofrecido por otros). Los clientes y las familias también pueden obtener servicios como la administración de casos, la cual puede ayudarles a encontrar otros servicios necesarios.

El Programa se enfoca en las familias y ayuda a los padres y a los proveedores a trabajar juntos. El Programa trabaja arduamente para asegurar que las familias reciban servicios que honren y respeten sus creencias, tradiciones y valores culturales.

Servicios del Programa

El Programa de Servicios de CSHCN ofrece muchos tipos de servicios, incluyendo:

- Ambulancia
- Cirugía ambulatoria
- Atención de médicos especialistas
- Servicios de salud dental
- Equipo y artículos médicos
- Servicios de apoyo para la familia
- Servicios de enfermería en el hogar
- Cuidado paliativo
- Atención hospitalaria
- Rehabilitación como paciente hospitalizado
- Asistencia con Pagos de Primas del Seguro (IPPA, por sus siglas en inglés)
- Laboratorio y radiología
- Comida, hospedaje y transporte cuando sean necesarios para obtener atención médica
- Medicamentos
- Servicios de salud mental
- Servicios de ortopedia y prótesis
- Atención como paciente ambulatorio (incluyendo servicios de diálisis renal)
- Terapia física y ocupacional
- Atención primaria y preventiva

- Servicios y productos especiales de nutrición
- Servicios del habla y del oído
- Servicios para la vista

Los servicios deben ser prestados por alguien que esté inscrito como proveedor del Programa. Los proveedores incluyen hospitales, doctores, trabajadores sociales y otros.

A usted no le deben cobrar ningún servicio cubierto por el Programa. Sin embargo, el Programa es el “pagador de último recurso”. Eso significa que si usted tiene otra cobertura médica (como un seguro privado) que pague un servicio, dicha cobertura debe utilizarse antes de que el Programa considere pagar el servicio. Por favor consulte la página 15 para más información sobre otras coberturas médicas.

Tipos de servicios

Atención primaria y preventiva

La atención primaria y preventiva es la atención que usted obtiene del doctor que lo atiende habitualmente. Incluye los exámenes periódicos y le ayuda a mantenerse lo más sano posible. El Programa cubre este servicio pero no le reembolsa los copagos que usted realice en sus visitas al doctor.

Para encontrar un doctor de cabecera que esté inscrito en el Programa, puede llamar al 1-877-888-2350. Este número de teléfono lo comunica con un contratista llamado *Texas Medicaid & Healthcare Partnership* (TMHP). Puede llamar a este número desde cualquier lugar de Texas. Si su doctor no está en la lista de proveedores del Programa, usted puede pedirle que se una al mismo. Dígale a su doctor u otro proveedor que llame al Centro de Contacto de TMHP-CSHCN al 1-800-568-2413.

Especialistas

Los especialistas son doctores que atienden sólo una parte del cuerpo o un tipo de problema. Los niños con necesidades especiales de salud muchas veces necesitan uno o más especialistas. Los servicios de atención médica del Programa incluyen la atención de especialistas que sea necesaria.

Al utilizar los beneficios de atención médica del Programa para ver a un especialista, no necesita un envío a servicios de ningún otro doctor o especialista. Si el especialista se encuentra inscrito en el Programa, el servicio está cubierto.

Llame a TMHP al 1-877-888-2350 para obtener ayuda para encontrar un especialista. Esta llamada es gratis en Texas.



Nuestra misión

La misión del Programa de Servicios de CSHCN es apoyar estrategias que son centradas en la familia y basadas en la comunidad para mejorar la calidad de vida de los niños con necesidades especiales de salud igual que la de sus familias.

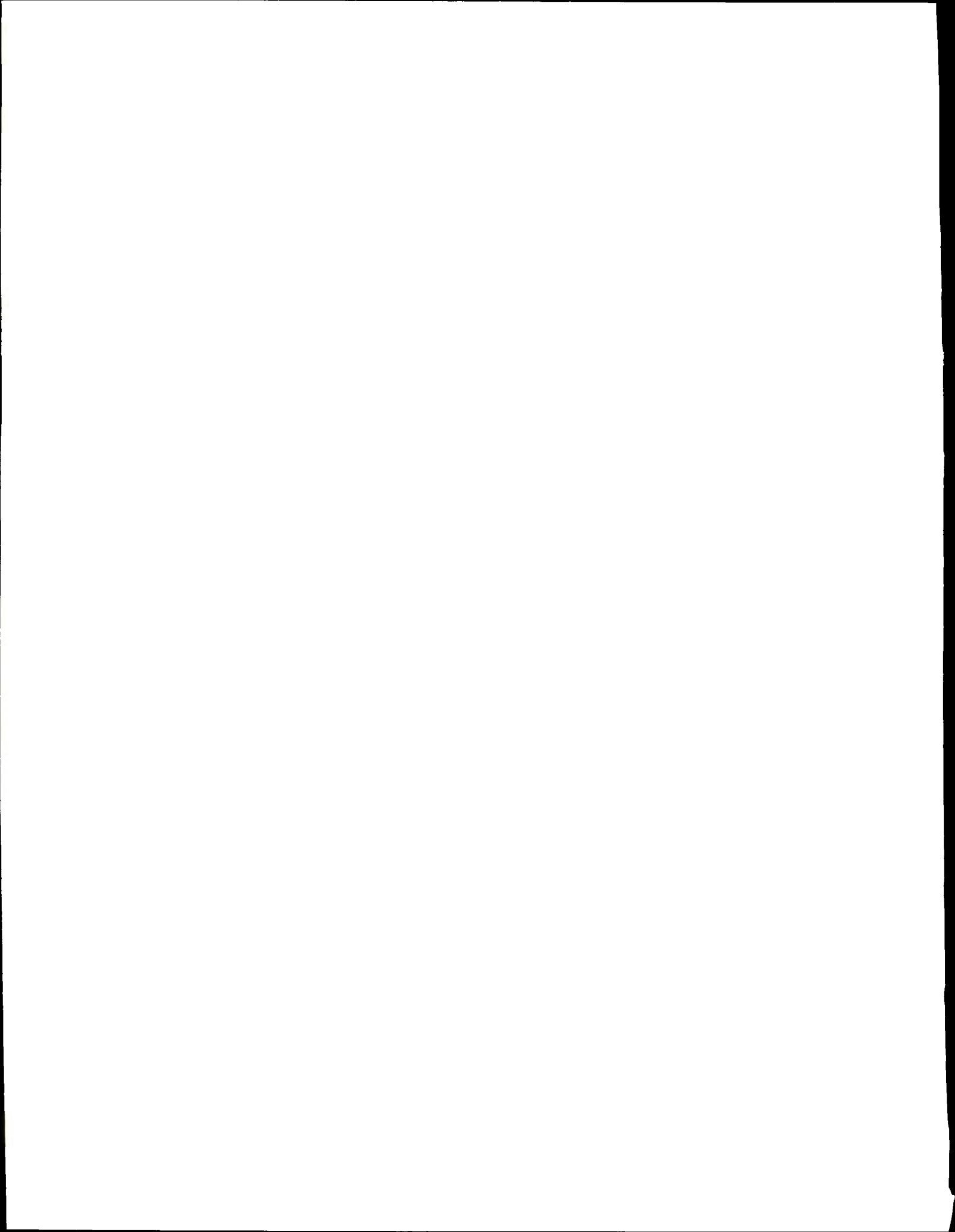
Sobre este manual

El *Manual del cliente de niños con necesidades especiales de salud* es para clientes del Programa de Servicios para Niños con Necesidades Especiales de Salud (CSHCN), así como para sus familias y las personas encargadas del cuidado de los clientes. Muchos clientes no podrán leer por sí mismos este manual debido a su edad o a alguna otra razón. Por eso ha sido escrito para todos ustedes: clientes, padres, tutores y personas encargadas del cuidado de los clientes.

Usted puede usar este manual para encontrar números telefónicos útiles, respuestas a sus preguntas y otra información importante. Ayudará a que usted aproveche al máximo el Programa.

Qué hay en este libro

Nuestra misión	2
Sobre este manual.....	2
Parte 1: ¿En qué consiste el Programa de Servicios de CSHCN?	3
Servicios del Programa	3
Tipos de servicios.....	3
Limitaciones de los servicios del programa	6
Cartas del Programa.....	6
Encuestas del Programa.....	7
Cómo comunicarse con nosotros	7
Parte 2: Elegibilidad para el Programa	8
El Formulario de Elegibilidad para el Programa de Servicios de CSHCN	8
La lista de espera	9
Parte 3: Cómo permanecer en el Programa de Servicios de CSHCN	10
Renueve la solicitud cada 6 meses	10
Envíe la solicitud de renovación 60 días o menos antes de que termine su período de elegibilidad	10
Actualice su información médica cada 12 meses en el PAF.....	10
Cómo obtener un Folleto de Solicitud del Programa de Servicios de CSHCN	10
Guarde el Folleto de Solicitud.....	11
Parte 4: Derechos y responsabilidades	12
Sus derechos y responsabilidades básicos	12
Sus derechos y responsabilidades con el Programa de Servicios de CSHCN	12
Cambios de su dirección o situación personal	14
Parte 5: Reglas y procedimientos del Programa de Servicios de CSHCN	15
Reglas del Programa de Servicios de CSHCN	15
Procedimientos de facturación	15
Otra cobertura médica	15
Denegación de los servicios	16
Parte 6: ¿Quién forma parte del Programa de Servicios de CSHCN?	17
Los clientes	17
Las familias	17
Los proveedores	17
El hogar médico.....	17
El personal de elegibilidad.....	17
Los administradores de casos	17
Los contratistas	18
Parte 7: Dónde obtener ayuda y otra información	19
El personal local y los administradores de casos.....	19
Línea de Ayuda del Programa de Servicios de CSHCN.....	19
El sitio web del Programa de Servicios de CSHCN	19
<i>Boletín de CSHCN para familias</i>	20
Texas Medicaid & Healthcare Partnership (TMHP)	20
Cómo encontrar su oficina local del Programa de Servicios de CSHCN.....	20
Lista de los condados de Texas y los códigos locales.....	21
Oficinas Locales	22
Instrucciones para el Formulario de Información para Emergencias	23
Formulario de Información para Emergencias de Niños con Necesidades Especiales	25



Manual para clientes

Servicios para Niños con Necesidades Especiales de Salud (CSHCN)

2007
2007
.1493
9386.5
H6



TEXAS

Department of
State Health Services

Línea de Ayuda al Cliente de CSHCN: 1-800-252-8023 • www.dshs.state.tx.us/cshcn/

07-12357



TEXAS MEDICAID & HEALTHCARE PARTNERSHIP
12357 - B RIATA TRACE PARKWAY STE 150
AUSTIN, TX 78727
A STATE MEDICAID CONTRACTOR

PRSR STD
U.S. POSTAGE
PAID
TMHP