



SOLICITUD DE DESIGNACIÓN PARA SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DE MENORES DE AHCCCS



Rellene esta solicitud para comenzar el proceso de determinar la designación CRS. Si no rellena esta solicitud, la condición CRS del o de la cliente se atenderá con el plan de salud de AHCCCS. Podrá enviar de vuelta esta solicitud y todos los comprobantes requeridos mediante:

POR CORREO:
AHCCCS-CRS Unit
801 E. Jefferson St. MD 3500
Phoenix, AZ 85034

FAX:
602-252-5286

Para preguntas, póngase en contacto con la unidad CRS en 602-417-4545 o 1-855-333-7828

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE AHCCCS DEL CLIENTE

¿Tiene plan AHCCCS el o la solicitante? SÍ NO

Plan médico de AHCCCS:

De ser así: Clave de ID de AHCCCS:

De no ser así: ¿Ya solicitó? SÍ NO

NOTA: Para ser elegible para designación de CRS, el cliente tiene que estar inscrito primero con AHCCCS.

Entiendo que esta forma requiere expedientes de especialistas que muestren el diagnóstico y tratamiento activo.

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN MÉDICA

Liste muestren el diagnóstico y tratamiento activo:

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre de niño/a			Inicial de segundo nombre		Apellido de niño/a	
Fecha de Nacimiento:		Sexo: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña		Número de Seguro Social de niño/a - -		
Nombre de padre, madre o representante				Apellido de padre, madre o representante		
Vínculo con niño/a: <input type="checkbox"/> padre o madre <input type="checkbox"/> padre o madre de acogida <input type="checkbox"/> tutor(a) legal <input type="checkbox"/> representante <input type="checkbox"/> otra:						
Domicilio		Población		Estado		Código postal
Teléfono				Otro teléfono		

Nombre del médico de cabecera del menor	Número de teléfono y de Fax del médico de cabecera /
Nombre del especialista del menor	Número de teléfono y de Fax del especialista /

SECCIÓN 4: DATOS DE CANALIZACIÓN O REFERIDO

¿La persona que hace el derivado ha notificado al padre/madre/representante del/la menor?

SÍ NO

Nombre de la persona que hace el derivado	Agencia que hace el derivado
---	------------------------------

Teléfono:

Vínculo con niño/a:

<input type="checkbox"/> padre o madre	<input type="checkbox"/> tutor(a) legal	<input type="checkbox"/> proveedor(a) médico/a
<input type="checkbox"/> trabajador(a) social	<input type="checkbox"/> niño/a por cuenta propia	<input type="checkbox"/> contratista de AHCCCS
<input type="checkbox"/> otra:		

NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

The Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. AHCCCS does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. AHCCCS provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats). AHCCCS provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, contact the Health-e-Arizona Plus Customer Support Center at 1-855-432-7587 (TTY: 711).

If you believe that AHCCCS failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the AHCCCS General Counsel. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. Your grievance must be in writing and must be submitted within 180 days of the date that the person filing the grievance becomes aware of what is believed to be discrimination. Submit your grievance to: General Counsel, AHCCCS Administration, Office of Administrative Legal Services, MD 6200, 701 E. Jefferson, Phoenix, AZ 85034 Fax: 602 253 9115 Email: EqualAccess@azahcccs.gov. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail at U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; or by phone: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. AHCCCS no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. AHCCCS proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes intérpretes de lenguaje de señas capacitados y información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos). AHCCCS proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes intérpretes capacitados y información escrita en otros idiomas. Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Health-Arizona Plus Customer Support Center at 1-855-432-7587 (TTY: 711).

Si considera que AHCCCS no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a AHCCCS General Counsel. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Su querrela deberá presentarse por escrito en plazo de 180 días a partir de la fecha en la que la persona que se querelle se percate de lo que le parezca ser discriminación. Remita su querrela a: General Counsel, AHCCCS Administration, Office of Administrative Legal Services, MD 6200, 701 E. Jefferson, Phoenix, AZ 85034 o envíela por fax a: 602 253 9115 o envíela por correo electrónico (Email) a: EqualAccess@azahcccs.gov. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-432-7587 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-432-7587 (TTY: 711).

Díí baa akó nínizin: Díí saad bee yánilti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éi ná hóló, koji' hódíílnih 1-855-432-7587 (TTY: 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-432-7587 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-432-7587 (TTY:711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-432-7587 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-432-7587 (TTY:711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-432-7587 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-432-7587 (ATS : 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-432-7587 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-432-7587 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-432-7587 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-855-432-7587 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

ملاحظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-432-7587 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-432-7587 (TTY:711) تماس بگیرید.

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-432-7587 (TTY:711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-432-7587 (TTY: 711)