

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**Programa de Cuotas para los Padres – Exención Para Servicios Básicos del Hogar y la Comunidad****A. Información sobre el niño(s)**

1. Por favor escriba los nombres completos (primer nombre, letra inicial del segundo nombre, apellido), número del Medicaid (si se conoce) y número del Seguro Social de todos los niños menores de 18 años que estén recibiendo servicios utilizando la Exención para Servicios Básicos del Hogar y la Comunidad.

Nombre del Niño(s) bajo Exención HCBS	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Número de Medicaid	Número de Seguro Social
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

2. Por favor marque la línea apropiada a continuación, para indicar la exención HCBS a la cual su hijo(s) está inscrito:

- Exención DD** para Niños con Retraso Mental o una Discapacidad de Desarrollo;
 Exención TA Asistencia Tecnológica para Niños que dependen de la tecnología para vivir; y
 Exención SED para Niños que sufren Severos Trastornos Emocionales

3. Considero que la Cuota de los Padres no me debe ser cobrada debido a mi situación, por las siguiente(s) razón/rezónes: Marque todas las que apliquen:

- Hijo(a) es mayor de 18 años
 Hijo(a) está bajo Cuidado Sustituto o en otra colocación residencial
 Hijo(a) es adoptado(a)
 Soy un pariente del niño(a) diferente a su padre/madre o padrastro/madrastra

La exención fue terminada a partir de la fecha efectiva del ____/____/____

B. Información sobre los Padres

1. Nombre de los Padres o Padre/Madre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número Telefónico de Día (_____) _____

2. ¿Debió usted presentar una Declaración de Impuestos sobre la Renta el año pasado? Si ____ No ____
Si su respuesta es negativa "No", por favor estime los valores o indique los ingresos recibidos para la Pregunta # 3.

3. "Número Total de Exenciones Reclamadas" # _____
(Obtenido del Formulario de su Declaración Federal de Impuestos sobre la Renta)

"Ingreso Bruto Ajustado" \$ _____
(Obtenido del Formulario de su Declaración Federal de Impuestos sobre la Renta)

C. A mi leal saber y entender, la información presentada en este formulario es verdadera y correcta.

Firma _____

Fecha _____

Favor devolver este formulario a: SRS, Health Care Policy - Parent Fee Program
Management Operations - Collections Unit
915 SW Harrison, DSOB 10th Floor
Topeka, KS 66612-1570

Información de Contacto para Resolver Preguntas: Teléfono: (785) 296-3536

Fax: (785)368-6228