

# CERTIFICACIÓN DE NECESIDAD DE EXENCIÓN PARA BEBÉS, NIÑOS Y FAMILIAS

**PROPÓSITO:** Este formulario es para certificar si la persona nombrada a continuación requiere el nivel de cuidado ICF/ID/ORC para determinar la elegibilidad para la Exención de Medicaid para los bebés, niños y familias.

NOMBRE DEL INDIVIDUO:		PADRE / TUTOR LEGAL:
DIRECCIÓN ACTUAL:		
FECHA DE NACIMIENTO:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	NÚMERO DE ACCESO:

## Información del Padre/Tutor Legal

NÚMERO DE TELÉFONO:	NÚMERO DE CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:
---------------------	--------------------	---------------------

- I. CERTIFICACIÓN PROFESIONAL CUALIFICADA (Llene la Sección A si la persona cumple con el nivel de criterios de atención de ICF/ID/ORC necesarios para recibir los servicios IFSP financiados por la exención, o la Sección B si la persona no cumple con ellos.)

Por la presente certifico que este individuo ha completado todas las evaluaciones y/o valoraciones necesarias para determinar la necesidad para el nivel de atención ICF/ID/ORC establecido por el Departamento de Servicios Humanos para la inscripción en la Exención de Medicaid para Bebés, Niños y Familias.

y

- A. Requiere nivel de atención ICF/ID/ORC en base a los criterios establecidos por el Departamento de Servicios Humanos.

_____	_____
(FIRMA)	FECHA
_____	_____
(DIRECCIÓN)	(NÚMERO DE TELÉFONO)

o

- B. No requiere nivel de atención ICF/ID/ORC en base a los criterios establecidos por el Departamento de Servicios Humanos.

_____	_____
(FIRMA)	FECHA
_____	_____
(DIRECCIÓN)	(NÚMERO DE TELÉFONO)

- II. DETERMINACIÓN por la persona designada del Departamento de Servicios Humanos, el programa ID/MH del condado.

\_\_\_\_\_

(NOMBRE DEL PROGRAMA MH/ID DEL CONDADO)

Se ha determinado que este individuo requiere nivel de atención ICF/ID/ORC.

_____	_____	_____
(FIRMA DEL PROGRAMA MH/ID DEL CONDADO)	(FECHA)	(NÚMERO DE TELÉFONO)

Se ha determinado que este individuo no requiere nivel de atención ICF/ID/ORC.

_____	_____
(FIRMA DEL PROGRAMA MH/ID DEL CONDADO)	FECHA

USO EXCLUSIVO PARA DEL PROGRAMA MH/ID	SOLICITUD DE FECHA DE VIGENCIA DE LA EXENCIÓN	
USO EXCLUSIVO DE CAO	CÓDIGO FAC:	FECHA: