

MANUAL PARA LOS PARTICIPANTES



Children's Special Health Care Services



(Servicios Especiales de Atención Médica para Niños)

AGOSTO 2018

TABLA DE CONTENIDOS

Declaración de misión y visión	1
Términos y definiciones	2
Información importante	4
Servicios proporcionados	5
A. Servicios autorizados	5
B. Relaciones y autorizaciones previas (AP)	6
C. Exclusiones (Servicios no cubiertos)	7
Coordinación de cuidado	8
Seguro Médico	9
Responsabilidad del participante	10
Qué hacer si usted recibe una factura	10
Transporte y viaje	11
Evaluaciones	12
Cierre de casos/Remoción del Programa CSHCS	12
Transición	13
Recursos de transición estatal y nacional	13
Apéndices	15
A. Lista de condiciones médicas elegibles	15
B. Resumen de información importante	16
C. Notificación de práctica de privacidad	17
D. Información de contacto	20
E. Formularios de reembolso de viaje	20
1. W-9	
2. Autorización de depósito directo	
3. Formulario de reclamo de viaje	

Programa de Servicios Especiales de Atención Médica para Niños

Declaración de Misión

La misión del programa de Servicios Especiales de Atención Médica para Niños (CSHCS por sus siglas en inglés) es proporcionar asistencia financiera para el tratamiento médicamente necesario de los niños y jóvenes con necesidades especiales (CYSHCN por sus siglas en inglés), y coordinación de cuidado para facilitar y promover atención coordinada la cual está centrada en la familia, basada en la comunidad, que es integral y que promueve sistemas exitosos de atención para CYSHCN y sus familias en Indiana.

Declaración de Visión

Promover la salud y el bienestar de CYSHCN

La autoridad legal del programa CSHCS se puede encontrar en el Código de Indiana (IC) 16-35-2 y el Código Administrativo de Indiana (IAC) 410 3.2.

Visite la página web: <http://www.in.gov/legislative/iac/T04100/A00032.PDF?iacv=iac2016>

Términos y Definiciones

Cuidado dental básico

El cuidado dental básico consiste en exámenes, profilaxis (limpiezas) y tratamientos con flúor cada seis (6) meses, selladores, radiografías, empastes y coronas. El dentista o proveedor debe estar inscrito como proveedor de CSHCS.

Cuidado primario básico

La atención primaria básica consiste en exámenes, vacunas, visitas médicas cuando están enfermos y las revisiones regulares. El médico o proveedor debe estar inscrito como proveedor de CSHCS.

Coordinación de cuidado

La coordinación de la atención es un proceso que vincula a los niños con necesidades especiales de atención médica y sus familias a los servicios y recursos en un esfuerzo coordinado para extender el potencial de los niños y brindarles una atención médica óptima.

Condición médica elegible

El diagnóstico para el cual el participante fue aprobado para el programa CSHCS. Este diagnóstico debe estar dentro de las 23 categorías de condiciones elegibles (consulte el apéndice A).

Exclusiones

Aquellos artículos o servicios no cubiertos por el programa CSHCS.

Explicación de los beneficios (EOB)

Un formulario emitido por una compañía de seguros que demuestre que un reclamo se ha pagado o ha sido rechazado. Si el participante tiene algún seguro médico, el proveedor necesita este formulario para que cada servicio se facture a CSHCS. La explicación de los beneficios (EOB) debe ser presentada por un proveedor con un reclamo a CSHCS y se requiere para cada reclamo antes de que CSHCS procese el reclamo de pago.

Numero clave

El número de seis dígitos de identificación del participante de CSHCS, el cual es generado por computadora.

Proveedor vinculado

El proveedor de atención primaria, atención especializada o atención dental básica de la cual el participante haya recibido atención. Los enlaces deben ser establecidos por la Sección de Elegibilidad Médica/Autorizaciones Previas de CSHCS antes de que CSHCS pueda pagar los reclamos.

Hogar médico

Un hogar médico es una asociación respetuosa entre un niño, la familia y la salud primaria del niño. El hogar médico es una atención médica centrada en la familia que es accesible, continua, integral, coordinada, compasiva y culturalmente competente.

Atención fuera del estado

Tratamiento recibido fuera del estado de Indiana. Toda la atención médica fuera del estado debe tener una autorización previa.

Las visitas a la sala de emergencias deben estar relacionadas con la condición médica elegible y deben informarse a CSHCS dentro de los cinco (5) días de la visita.

Las siguientes áreas pueden recibir servicios en el estado con un enlace autorizado o autorización previa (PA): Louisville, KY; Cincinnati, OH; Harrison, OH; Hamilton, OH; Oxford, OH; Sturgis, MI; Watseka, IL; Danville, IL; y Owensboro, KY.

Pagador de último recurso

El programa CSHCS es el pagador de último recurso para los servicios autorizados. Antes de enviar las facturas a CSHCS, primero se deben enviar a cualquier otro seguro y una EOB (explicación de los beneficios) debe enviarse a CSHCS.

Participante

La persona que recibe servicios del programa CSHCS.

Proveedor de cuidado primario

Un proveedor de atención primaria puede ser un médico o una clínica que atiende al participante para visitas regulares (por ejemplo, exámenes físicos para niños) e inmunizaciones. El proveedor de atención primaria también vería al participante para tratar enfermedades menores (resfriados, gripe, etc.). El programa CSHCS paga todas las visitas al consultorio, el trabajo de laboratorio, las radiografías o cualquier medicamento recetado por el proveedor de atención primaria.

Proveedor dental primario

Puede ser un dentista individual o una clínica que atiende al participante para el cuidado dental preventivo básico para mantener los dientes sanos. Algunos servicios cubiertos de atención dental de rutina incluyen: exámenes, profilaxis (limpiezas) y tratamientos con flúor cada seis (6) meses, selladores, radiografías, empastes y algunas coronas.

Autorización Previa (AP)

Una declaración de autorización emitida por CSHCS para servicios relacionados con la condición médica elegible no proporcionada por un proveedor vinculado. CSHCS le pagará al proveedor después de que se haya facturado al seguro. El pago por los servicios autorizados se realizará sólo si se cumplen todos los requisitos de la política CSHCS.

Atención dental especializada

Servicios dentales especializados necesarios para tratar un diagnóstico médico elegible, como labio leporino y paladar hendido. Se requiere una autorización previa antes de que se realice el tratamiento dental especializado.

Atención médica especializada

Servicios médicos especializados necesarios para tratar una (s) condición (es) médica (s) elegibles (vea el Apéndice A). Se

requiere una autorización previa antes de que comience la atención especializada.

Proveedor de atención especializada

Un proveedor de atención especializada puede ser un médico o una clínica que proporcione tratamiento para sus condiciones médicas elegibles. A veces, los médicos de atención primaria también pueden actuar como médicos de atención especializada. El programa CSHCS paga las visitas al consultorio, el trabajo de laboratorio, las radiografías o cualquier medicamento recetado por el proveedor de atención especializada. Algunos servicios especializados pueden requerir una PA (es decir, terapia, equipo médico duradero, cirugías, etc.).

Proveedor de transporte

Una empresa o persona que transporta a un participante inscrito, desde y hacia las citas médicas autorizadas. Los miembros de la familia pueden registrarse en CSHCS como remitentes de viajes (consulte viajes y transporte, página 10).

Transición

El movimiento de una situación a otra (por ejemplo, del hospital al hogar, del hogar a la escuela, de la escuela a la universidad, de la universidad a vivir solo y de la atención médica pediátrica a la de adultos)

Información importante

El programa CSHCS es el pagador de último recurso para los servicios autorizados. Esto significa que su seguro primario o Hoosier Healthwise / Medicaid siempre debe procesar el reclamo antes de enviar la factura al programa CSHCS.

Antes de recibir su primer servicio bajo el programa CSHCS, llame a la sección de **Elegibilidad Médica/PA al (317) 233-1351 o al (800) 475-1355 (Opción # 3)** para conectar a su hijo(a) con sus proveedores de atención primaria y especializada. También debe revisar su seguro médico o la información de Medicaid con la enfermera en ese momento para asegurarse de que la información esté documentada con precisión. Su enfermera asignada se comunicará con usted al momento de la inscripción en el programa para ayudarle a identificar los vínculos con los proveedores, las PA u otras preguntas que pueda tener con respecto a este programa.

Antes de que CSHCS pueda pagar cualquier factura médica, sus proveedores deben estar inscritos como proveedores de CSHCS y todos los **servicios especializados deben estar vinculados o previamente autorizados**. Asegúrese de informar sobre cualquier servicio recibido mientras su solicitud estaba pendiente.

Servicios proporcionados

El programa CSHCS proporciona servicios de "relleno de espacios" para los participantes inscritos. Asegúrese de que todos sus proveedores estén autorizados a través de la Sección de **Elegibilidad Médica/Autorización Previa**. El programa puede pagar los servicios médicos sólo después de que otro seguro médico (privado o público, Hoosier Healthwise y Medicaid) haya pagado o negado la cobertura. El programa CSHCS **normalmente paga** por lo siguiente:

- Visitas de atención primaria: cualquier visita a un consultorio médico o clínica vinculada, ya sea una revisión regular o una visita estando enfermo.
- Visitas de atención especializada: visitas de atención médica a un médico de atención especializada vinculado o atención relacionada con el diagnóstico médico elegible.
- Visitas de atención dental preventiva básica: cualquier visita a un dentista o proveedor de salud dental vinculado para recibir atención dental de rutina/preventiva según lo define el programa.
- Servicios de atención dental especializados: servicio dental necesario para tratar las enfermedades médicas elegibles, como labio leporino o paladar hendido.
- Servicios de farmacia: recetas para medicamentos/artículos médicos recetados por su médico. Por lo general, los medicamentos de venta libre no están cubiertos, incluso si el médico escribe una receta, a menos que el medicamento sea el tratamiento recetado para la enfermedad médica elegible del participante y haya recibido autorización previa. Asegúrese de comunicarse con la **Sección de Elegibilidad Médica/ AP de CSHCS** para preguntar si se puede cubrir.

Servicios autorizados

Es su responsabilidad confirmar que su proveedor está inscrito en CSHCS. Esto se puede confirmar con la Sección de Elegibilidad Médica/AP de CSHCS. Si su proveedor de preferencia no está inscrito con CSHCS, puede solicitar a la **Sección de Elegibilidad Médica/PA de CSHCS** que se comunique con su proveedor de preferencia para ver si está dispuesto a inscribirse en el programa. Si elige que le atienda un proveedor que no quiera inscribirse en el programa de CSHCS o sin un enlace o autorización, **usted será responsable de pagar las facturas**.

Los padres, tutores o miembros de la familia deben registrarse en el programa CSHCS si desean que se les reembolse el transporte requerido para que el participante acceda a la atención médica.

Cada participante en el programa CSHCS está vinculado a un proveedor de atención primaria, un dentista y, si corresponde, a un proveedor de atención especializada. El enlace cubre la atención brindada en las oficinas de esos proveedores. El enlace permanece en su lugar hasta que el participante solicite un cambio o abandone el programa CSHCS, o el proveedor se retire del programa.

Los servicios de atención especializada (por ejemplo, terapias, equipos, artículos médicos y visitas a la sala de emergencia) deben estar relacionados con la condición médica elegible del participante y deben ser recomendados por el PCP del participante. Estos servicios deben contar con la autorización previa del programa antes de que se obtengan dichos servicios y antes de que se realice el reembolso al proveedor (es).

CSHCS pagará la tarifa permitida por Indiana Medicaid para todos los servicios autorizados. Esto significa que, en ocasiones, es posible que el programa no pague el monto total que su proveedor facture. Sin embargo, si CSHCS aprueba el pago de un servicio médico, el proveedor debe aceptar el pago de CSHCS como pago final completo. Usted no debe recibir ninguna factura o saldo. Si recibe una factura por un servicio autorizado, comuníquese con el proveedor y asegúrese de que él/ella haya facturado al programa CSHCS. Si esto no resuelve el problema, comuníquese al **(317) 233-1351 o (800) 475-1355 Opción # 3**.

Todos los proveedores y participantes/tutores que presenten reclamaciones para el pago al estado deben estar de acuerdo en recibir un reembolso mediante transferencia electrónica de fondos. Esto significa que cualquier persona que desee que el programa CSHCS le reembolse un viaje debe establecer una cuenta de **depósito directo** (consulte la Sección de Transporte y Viajes para obtener más detalles).

Vinculaciones y autorizaciones previas

Un enlace es una forma de establecer una relación autorizada entre el participante inscrito y el profesional médico.

Una Autorización Previa es otra forma de decir "preguntar antes de obtener servicios". El profesional médico debe solicitar una autorización previa que confirma la necesidad médica y la relación del servicio con un diagnóstico médico elegible. **Si no se asegura de que los servicios estén autorizados, es posible que las facturas de dichos servicios no se paguen.** La mayoría de los servicios especializados que el participante necesita requieren una autorización previa. Las autorizaciones previas se mantienen durante un período de tiempo específico que normalmente no supera los seis (6) meses.

Si no se obtiene una autorización previa antes de recibir los servicios, las facturas resultantes serán responsabilidad del participante. Si el participante es referido a otro proveedor, la familia/participante debe asegurarse de que el nuevo proveedor tenga autorización para proporcionar esos servicios. A continuación hay una lista de algunos servicios que requieren Autorización Previa.

- Servicios de hospitalización (hospitalizaciones)
- Equipo y artículos médicos
- Cirugía
- Atención dental especializada.
- Terapia (ocupacional, física, del habla, Análisis Conductual Aplicado)
- Artículos de atención médica domiciliaria.
- Atención primaria recibida de otro proveedor que no sea el proveedor de atención primaria del participante
- Atención especializada recibida de otro proveedor que no sea el proveedor de atención especializada vinculado del participante
- Atención dental básica recibida de otro proveedor que no sea el proveedor dental primario del participante

- Atención dental básica recibida de otro proveedor que no sea el proveedor dental primario del participante
- **Servicios de sala de emergencia** - el participante **debe notificar** al programa CSHCS si recibe **atención de emergencia** y hospitalizaciones no programadas dentro de los cinco (5) días de la visita, sin incluir sábados, domingos ni días feriados. La autorización para el pago puede redactarse sólo después de que la Sección de Elegibilidad Médica/Autorización Previa reciba el resumen del alta o las notas médicas de la visita a la sala de emergencias. **El participante es responsable** de asegurarse que estos documentos se envíen por correo o por fax a CSHCS. Sólo se autorizarán los pagos relacionados con las enfermedades médicas elegibles (información de contacto en el Apéndice E).
- Medicamentos con un costo mayor o igual a 1,000.

Si tiene dudas si un servicio está cubierto o no, llame a la Sección de Elegibilidad Médica / PA de CSHCS al (317) 233-1351 o al (800) 475-1355 (Opción # 3).

Exclusiones (Servicios No Cubiertos)

Hay algunos servicios, artículos médicos, equipos y medicamentos que CSHCS no cubre. Estas exclusiones se enumeran a continuación. **Esta lista no es del todo inclusiva. Puede confirmar que un artículo o servicio específico está cubierto, llamando al (317) 233-1351 o al (800) 475-1355 Opción # 3.**

- Medicamentos de venta libre (por ejemplo, Tylenol, jarabe para la tos, vitaminas, etc.) incluso con una receta médica.
- Artículos de venta libre (por ejemplo, pañales, guantes no esterilizados, alcohol, cinta adhesiva, lejía, curitas, fundas para colchones de huevos, etc.)
- Terapia: Física, del habla, del comportamiento, ocupacional o Análisis del comportamiento aplicado (Análisis Conductual Aplicado) (excepto en lo relacionado con una afección médica elegible y con una autorización previa)
- Servicios de salud mental, asesoramiento, pruebas y tratamiento de abuso de sustancias.
- Visitas a la sala de emergencia por motivos no relacionados con el diagnóstico elegible del participante (por ejemplo, si el diagnóstico elegible es asma, el programa CSHCS no cubrirá una visita a la sala de emergencia por un brazo roto)
- Hospitalización por motivos no relacionados con el diagnóstico elegible.
- Cirugía de trasplante de órganos.
- Anteojos, si no están relacionados con el diagnóstico elegible.
- Artículos provistos por el Plan de Educación Individual (IEP) de un participante

Servicios de Coordinación de Atención

El programa CSHCS ofrece servicios de coordinación de la atención a los participantes y sus familias. Por definición:

Navegar por los sistemas de atención puede ser muy difícil para las familias que tienen niños con necesidades de atención médica especiales. Uno de los objetivos de la coordinación de atención es proporcionar apoyo de navegación del sistema para garantizar que las intervenciones de tratamiento, los recursos educativos y financieros se identifiquen y maximicen por completo. Los coordinadores de atención de CSHCS conocen los programas, servicios y recursos financieros disponibles para niños con necesidades especiales. Estos recursos incluyen, entre otros, financiamiento de la atención médica, inquietudes educativas, programas de exención de Medicaid, grupos de apoyo e información sobre las muchas transiciones en la vida, como la transición del sistema de atención médica pediátrica al sistema de atención médica para adultos. Los coordinadores de atención se comunicarán con todas las nuevas aprobaciones de solicitud y evaluaciones del participante/familia e intentarán vincular a las familias con los recursos comunitarios, proveedores y agencias apropiados para ayudarlos.

Para hablar con un Coordinador de Atención de CSHCS, llame al (317) 233-1351 o al (800) 475-1355 (Opción # 6).

Seguro

Para que el programa CSHCS considere el pago de un servicio específico, debe seguir las reglas de su cobertura de seguro primario. Para utilizar los beneficios de CSHCS, el participante debe:

1. Conocer los beneficios de su compañía de seguro(s) médico(s). CSHCS no pagará por un servicio que la compañía de seguros haya negado porque el participante no siguió las reglas. Por ejemplo, CSHCS también rechazará las reclamaciones que su compañía de seguros haya rechazado porque el servicio se prestó fuera de la red. El pago de estos servicios puede ser responsabilidad del participante.
2. Al recibir este paquete, llame a la **Sección de Elegibilidad Médica/AP de CSHCS (317) 233-1351 o al (800) 475-1355 (Opción # 3)** con respecto a su seguro primario/Medicaid para asegurarse de que la información esté documentada con precisión. Reporte todos los cambios con respecto a su cobertura de seguro a los proveedores y al programa CSHCS tan pronto como ocurran. La falta de divulgación de los beneficios del seguro puede dar lugar a que se rechacen los reclamos individuales o se elimine al participante del programa CSHCS.
3. Informe a sus proveedores de facturar primero a todos los demás seguros médicos. Esto incluye Hoosier Healthwise, Medicaid y Medicare, además del seguro privado. A continuación, se debe facturar a CSHCS con una EOB (explicación de beneficios) adjunta a la reclamación.
4. Si su otro seguro requiere una Autorización Previa para un servicio, es responsabilidad del participante obtenerla antes de que se preste el servicio. Si el seguro niega un servicio porque el participante no obtuvo la autorización previa, CSHCS también rechazará el reclamo y la factura seguirá siendo responsabilidad del participante.

5. **CSHCS puede pedirle que apele las denegaciones de su compañía de seguros.** Puede ser que la compañía de seguros requiera más información. Por favor, coopere con cualquier solicitud hecha por su compañía de seguros para obtener más información. CSHCS no aprobará ningún reclamo que aún esté pendiente con su compañía de seguros o un reclamo que fue rechazado por su compañía de seguros debido a información incompleta.

6. CSHCS cubrirá la totalidad o parte del deducible y/o copagos del participante (hasta el límite de reembolso total) para cada instancia de un servicio autorizado por CSHCS.

Recuerde, es importante buscar servicios de los proveedores de CSHCS. Estos proveedores no deben facturarle por los servicios autorizados prestados. **CSHCS sólo pagará a los proveedores y no reembolsará al participante los deducibles, copagos o saldos que el participante paga. Es responsabilidad del participante informar a los proveedores que las facturas deben enviarse a CSHCS dentro de un (1) año a partir de la fecha del servicio.** El participante puede ser responsable de cualquier factura impaga.

Responsabilidad del participante

Debe notificar a la Sección de Elegibilidad Financiera de CSHCS si ocurre cualquiera de lo siguiente:

- Cambios de dirección o nombre
- Cambio de número de teléfono
- Cambios de ingresos del hogar u ocupantes.
- Cambios en el estado civil de un participante inscrito
- Emancipación legal de un participante inscrito.
- Cambios en la cobertura del seguro (cambio de compañía, Hoosier Healthwise/Medicaid, cobertura del servicio o terminación)
- Cambio de tutela.
- Cambio de nombre del padre o tutor (por ejemplo, como resultado de matrimonio o divorcio)
- La muerte de un participante.

Debe notificar a la Sección de Elegibilidad Médica/AP de CSHCS si ocurre algo de lo siguiente:

- Inscripción de un participante en una institución residencial.
- Solicitud de cambios de proveedores.
- Visitas a la sala de emergencias a los cinco (5) días de la visita.

- Hospitalización dentro de los cinco (5) días posteriores al ingreso y al alta.
- Siempre debe confirmar con su proveedor que se ha recibido una autorización para los servicios.
- Debe informar a su proveedor de su seguro primario y secundario, Medicaid y cualquier cambio o problema de facturación antes de que se presten los servicios.

Qué hacer si recibe una factura

Si recibe una factura, nunca asuma que el proveedor le envió la factura por error. Comuníquese con el proveedor de inmediato para ver por qué recibió la factura. Asegúrese de que el proveedor sepa que debe facturar primero a su compañía de seguros o a la cobertura de Hoosier Healthwise/Medicaid, y luego al programa CSHCS. Asegúrese de que el proveedor tenga la dirección de correo correcta para CSHCS:

Departamento de Salud del Estado de
Indiana CSHCS - Sección 5C 2 North
Meridian Street Indianapolis, IN
46204

Si el proveedor dice que el participante es responsable del saldo de una factura pagada por CSHCS, comuníquese de inmediato con la Sección de Reclamaciones y Relaciones con los Proveedores al (317) 233-1351 o al (800) 475-1355 (Opción # 5). Es posible que CSHCS no pueda ayudarlo si la factura se envió a una agencia de cobros. Los servicios que han sido negados como servicios no cubiertos por el programa CSHCS son responsabilidad del participante. También hay algunos servicios que CSHCS no cubrirá. Esas exclusiones se enumeran en la página 7.

Transporte y reembolso de viaje

A partir del 1 de julio del 2010, el programa CSHCS ha descontinuado el reembolso de viajes para los participantes inscritos en forma dual tanto en CSHCS como en Medicaid/Hoosier Healthwise (HHW). Los participantes con inscripción doble deberán comunicarse con su plan de salud asignado a Medicaid/HHW para organizar el transporte.

El costo de viajar hacia y desde un proveedor de la red para servicios aprobados puede ser reembolsado al padre, padre adoptivo o tutor legal de un participante si se cumplen las siguientes condiciones.

1. El reembolso (dinero devuelto a usted) se realizará al 50 por ciento de la tarifa establecida por el Departamento de Administración y aprobada por la Agencia.
2. A partir del 1 de julio de 2009, las primeras 49 millas de ida o ida y vuelta no serán reembolsadas. Sólo se reembolsarán las millas que superen las 49 millas de ida o ida y vuelta.
3. No se aprobarán millas para viajes que excedan las 2,500 millas de ida y vuelta.
4. Todas las millas se basan en el cálculo de ciudad a ciudad del Cuadro de Millaje del Estado de Indiana y **no en lo que marca el odómetro de su vehículo.**

5. Todas las firmas presentadas en el cupón de viaje deben ser originales.
6. Todas las secciones del cupón de viaje deben completarse de manera legible.
7. Se puede enviar un máximo de tres (3) fechas de viaje por cada cupón de viaje.
8. Cualquier persona que solicite un reembolso de viaje debe haber presentado (sólo una vez) los formularios W-9 y depósito directo completos (consulte el Apéndice D).
9. El programa CSHCS no reembolsará el transporte para visitar a un participante hospitalizado, el estacionamiento, las comidas o el alojamiento.

La ley estatal ahora requiere que cualquier persona y/o entidad que presente reclamos para el pago por parte del Estado sea reembolsada mediante transferencia electrónica de fondos. Esto significa que si desea que el programa CSHCS le reembolse un viaje familiar, debe enviar información para configurar el depósito directo. **La información sobre el proceso de depósito directo y los formularios requeridos se encuentran en el Apéndice D.**

Los comprobantes deben enviarse dentro de un (1) año de la fecha del viaje. Por ejemplo, si fue al médico el 1 de mayo de 2013, debemos haber recibido sus comprobantes de viaje en nuestra oficina antes del 1 de mayo de 2014. **Los cupones de viaje en blanco y los formularios W-9 y de depósito directo se pueden obtener en nuestro sitio web o contactándonos directamente al (317) 233-1351 o al (800) 475-1355 (Opción # 4).**

Los comprobantes de viaje debidamente firmados y completados deben enviarse por correo a la oficina de CSHCS:

Departamento de Salud del Estado de Indiana
CSHCS - Sección 5C
2 North Meridian Street
Indianapolis, IN 46204

Evaluación

Una vez al año a partir de la fecha de la solicitud inicial, los participantes son evaluados nuevamente para determinar si ha habido cambios en su estado de elegibilidad. La evaluación es necesaria para mantener el estado activo en el programa. CSHCS le notificará por correo cuando se le solicite que envíe información para su reevaluación anual.

Durante la evaluación, se le pedirá que proporcione información sobre los ingresos de todos los miembros del hogar (relacionado y no relacionado con el participante), incluidos los ingresos obtenidos y no obtenidos. La documentación preferida incluye los **tres (3) talones de cheques de pago más recientes** de todos los miembros del hogar. Si trabaja por cuenta propia y/o tiene otros ingresos que no se reflejan en los talones de su cheque de pago, debe proporcionar una copia del último **formulario de impuestos federales 1040** de todos los miembros del hogar u otros documentos que puedan verificar los ingresos. Si los miembros del hogar no presentan los impuestos federales, presente la documentación por escrito de todos los ingresos recibidos del hogar (es decir, los últimos tres talones de cheques y una declaración que declara que no se recibe ningún otro ingreso). **Puede que soliciten documentación adicional.**

Si el ingreso ha cambiado drásticamente desde el momento en que se presentaron los impuestos (por ejemplo, cambio en el trabajo, horario o pago, ya no funciona) presente el último **formulario de impuestos federales 1040** junto con la documentación escrita del ingreso actual (es decir, los últimos tres talones de cheques o una declaración escrita de su empleador en el membrete de la empresa que indique el salario o el último día de empleo. **Puede que soliciten documentación adicional.** Recuerde, aunque lo evalúen cada año, el padre, el tutor o el participante todavía es responsable de informar al programa CSHCS de cualquier cambio en la información financiera que ocurra durante el año.

Cuando reciba la notificación de la evaluación, debe devolver la información solicitada en la fecha de vencimiento que figura en la carta. Si no se devuelve la información actualizada, el participante podría ser eliminado del programa CSHCS. Si tiene alguna pregunta, llame a la **Sección de Elegibilidad Financiera de CSHCS al (317) 233-1351 o al (800) 475-1355 (opción # 2).**

Cierre de Casos: Terminación del Programa CSHCS

El participante puede ser removido del programa CSHCS por varias razones. Algunas de las razones por las cuales la inscripción del participante puede ser cancelada son:

- No completar y devolver el paquete de evaluación anual dentro del tiempo requerido
- No proporcionar la información actualizada de ingresos
- No utilizar los beneficios del seguro de salud y/o proporcionar información actualizada sobre el seguro de salud
- No proporcionar información de la dirección actual
- No solicitar Medicaid/Hoosier Healthwise
- Pérdida de residencia estatal: el participante ya no es un residente de Indiana (se muda fuera del estado)
- Muerte del participante

- El participante ha cumplido 21 años de edad. Los participantes con fibrosis quística no están sujetos a la limitación de edad, pero deben seguir siendo elegibles financieramente

Transición

La transición es el movimiento de una situación a otra (por ejemplo, del hospital al hogar, del hogar a la escuela, de la escuela a la universidad, de la atención pediátrica a la atención médica para adultos y/o de la familia que se va a vivir independientemente como adulto). Es importante conocer las herramientas y los recursos disponibles para los jóvenes en transición con necesidades especiales de atención médica. Algunos de los sistemas que las familias entienden bien en el mundo pediátrico, tienen reglas diferentes en la vida adulta. Por ejemplo, las personas con discapacidades pueden o no cumplir con los requisitos para recibir beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) cuando cumplan los 18 años. Antes de los 18 años, los ingresos de la familia se consideran en la elegibilidad financiera para SSI. Después de los 18 años, sólo se consideran los ingresos del individuo.

Cuando su hijo llegue a la edad adulta, él o ella harán la transición fuera del rango de servicios escolares garantizados por la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA). A partir de los 14 años, se debe desarrollar y actualizar anualmente un plan de transición para aquellos niños con un Programa Educativo Individual (IEP).

Los jóvenes deben estar listos para hablar por sí mismos cuando cumplan los 18 años. Sin importar el nivel de discapacidad, una persona se convierte automáticamente en su propio tutor legal o en quien toma las decisiones al cumplir los 18 años, a menos que se procure la tutela legal. Si bien la mayoría de los adultos jóvenes con necesidades especiales de atención médica continúan buscando recomendaciones y apoyo de sus familias, una vez que tienen 18 años, la persona puede firmar documentos legales y contratos. La persona se hace responsable de la atención médica, como hacer citas propias, obtener medicamentos y solicitar equipos.

La transición es la progresión natural a través de la vida. Hay muchos cambios que ocurren en la vida de cualquier niño. Cada cambio puede dar miedo y plantear muchas preguntas. A veces es difícil detenerse y planificar para el futuro cuando se lleva una vida muy ocupada. Sin embargo, la planificación de hoy para las metas del mañana es muy importante para poder cumplir esas metas.

El programa CSHCS ha identificado algunos sitios web estatales y nacionales para su información. Los sitios web que se enumeran a continuación incluyen información sobre atención médica, educación, empleo y recreación. Esperamos que estos sitios ayuden en todas las fases de la transición desde la infancia hasta la edad adulta.

Recursos estatales y nacionales de transición

Centro para Jóvenes y Adultos con Condiciones de la Infancia (CYACC por sus siglas en inglés):

<http://iuhealth.org/riley/community-pediatrics/transition-clinic/the-cyacc-team/>

Proporciona consultas para jóvenes y adultos que se preparan para la transición de atención médica pediátrica a adultos, así como todos los problemas relacionados para una transición exitosa a la edad adulta. Teléfono: (866) 551-0093.

Disability.gov: **www.disability.gov** - este sitio web federal enlaza con información de interés para personas con discapacidades y sus familias. Los temas incluyen empleo, educación, vivienda, transporte,

salud, apoyo a los ingresos, tecnología, vida comunitaria y derechos civiles.

Benefits.gov: www.benefits.gov - Una asociación de agencias y organizaciones federales con un mejor acceso a los programas de asistencia del gobierno. Existe una herramienta confidencial de detección en línea que puede ayudar a las personas a descubrir qué programas y beneficios del gobierno federal pueden ser elegibles para recibir. Teléfono gratuito: (800) 333-4636.

Got Transition: gottransition.org - este sitio contiene información relacionada con la transición, herramientas, recursos y enlaces a muchos sitios web relacionados con la transición. Teléfono: (202) 223-1500.

Centro Nacional de Educación Secundaria y Transición: ncset.org - Incluye recursos relacionados con educación, capacitación, vida independiente y trabajo para jóvenes con discapacidades.

Seguro social: ssa.gov/disability - el sitio contiene información sobre elegibilidad y solicitudes para SSI y SSDI. Teléfono gratuito: (800) 772-1213 o (800) 325-0778 (TTY).

The Arc of Indiana: www.arcind.org - este sitio proporciona información valiosa sobre la transición y otros servicios, incluida la información sobre tutela. Teléfono gratuito: (800) 382- 9100.

Medicaid/Hoosier Healthwise: www.in.gov/fss - un seguro de salud público para niños de hasta 19 años y personas con discapacidades. Teléfono gratuito: (800) 889-9949.

Línea de Ayuda para Madres MCM: <http://www.MomsHelpLine.isdh.in.gov> - un servicio de información y referencias de salud en todo el estado. Teléfono gratuito: (844) 6246667 o (855) MCM-MOM.

Mental Health America of Indiana: mentalhealthassociation.com - recurso de servicios para atender las necesidades de salud mental. Teléfono gratuito: (800) 555-6424.

Instituto de Discapacidad y Comunidad de Indiana: iidc.indiana.edu - Este centro de transición proporciona recursos y asistencia técnica a familias y profesionales. Teléfono gratuito: (800) 433-0746.

División de Servicios de Rehabilitación y Envejecimiento: www.in.gov/fssa/2328.htm - Proporciona servicios para discapacidades del desarrollo, rehabilitación vocacional, discapacidad visual y auditiva y servicios para el envejecimiento y en el hogar. Teléfono gratuito: (800) 545-7763.

Consejo de Vida Independiente de Indiana (ICOIL): icoil.org - brinda información y apoyo a personas con discapacidades en relación con los servicios de vida independiente. Teléfono gratuito: (317) 232-7770.

El Consejo de Planificación del Gobernador de Indiana: www.in.gov/gpcpd - Promueve la independencia, la productividad y la inclusión de las personas con discapacidades en todos los aspectos de la sociedad. Teléfono: (317) 232-7770.

Educación especial: www.doe.in.gov/exceptional/speced/welcome.html - Programas de educación especial para niños elegibles que califican desde las edades de 3 a 21 años. Teléfono gratuito: (877) 851-4106.

Servicios de defensa y defensa de Indiana: www.in.gov/ipas/ - proporciona información y apoyo sobre los derechos de los niños y adultos con discapacidades. Teléfono gratuito: (800) 622-4845.

Acerca de Special Kids (ASK): www.aboutspecialkids.org - brinda información, apoyo a familias de

jóvenes y adultos jóvenes con necesidades especiales. Teléfono gratuito: (800) 964-4746.

EN * FUENTE: insource.org - Proporciona información, apoyo a familias de jóvenes y adultos jóvenes con necesidades especiales. Teléfono gratuito: (800) 332-4433.

Family Voices Indiana: fvindiana.org - Proporciona información, capacitación y apoyo personalizado a niños y jóvenes con necesidades especiales. Teléfono gratuito (844) 323-4636.

Apéndices

A. Lista de condiciones médicas elegibles

Hay múltiples diagnósticos asociados con las condiciones enumeradas a continuación. Comuníquese con la Unidad de Elegibilidad Médica/PA para aclaraciones al (317) 233-1351 o al (800) 475-1355 (Opción # 3).

- Apnea
- Artritis
- Asma - grave dos medicamentos al día.
- Autismo
- Parálisis cerebral
- Anemia crónica (por ejemplo, células falciformes)
- Trastornos cromosómicos
- Enfermedad pulmonar crónica
- Labio y/o paladar hendido
- Deformidades congénitas o adquiridas del desarrollo
- Enfermedad cardíaca congénita o arritmias
- Fibrosis quística
- Deficiencias endocrinas (por ejemplo, diabetes)
- Hidrocefalia
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Errores innatos del metabolismo (por ejemplo, PKU)
- Mielodisplasia o disfunción de la médula espinal (por ejemplo, espina bífida)
- Disfunción neuromuscular (por ejemplo, parálisis cerebral)
- Trastornos oncológicos (por ejemplo, cáncer)
- Pérdida de audición bilateral (a 40 decibeles o más)
- Enfermedad renal
- Trastorno convulsivo
- Hemofilia severa

B. Resumen de información importante

1. El programa CSHCS paga toda la atención autorizada, así como la atención especializada relacionada con la afección médica elegible del participante. Es su responsabilidad confirmar que su proveedor ha recibido la autorización para los servicios prestados.
2. **Debe** comunicarse con la Sección de **Elegibilidad Médica / AP de CSHCS (317) 233- 1351 o (800) 475-1355 (Opción # 3)** o el Número **TTY (866) 275-1274** al recibir su carta de aprobación para la inscripción para vincular al participante con los servicios. **El pago por los servicios no será procesado hasta que esto se haga.** Asegúrese de hablar con la enfermera de la Unidad de Elegibilidad Médica/Autorización Previa sobre cualquier servicio recibido desde que se envió su solicitud para ver si están cubiertos.
3. El programa puede pagar la atención de emergencia recibida fuera del consultorio del médico de atención primaria sólo si el tratamiento está relacionado con el diagnóstico elegible del participante. **Debe** llamar al programa CSHCS al **(317) 233-1351 o al (800) 475-1355 (Opción # 3)** o al número TTY dentro de los cinco (5) días hábiles de haber recibido dicha atención de emergencia.
4. Se puede realizar el pago de ciertos equipos médicos relacionados con la condición elegible del participante con una autorización previa. Póngase en contacto con la Sección de AP para obtener orientación específica.
5. Comuníquese con la **Sección de Elegibilidad Médica/AP de CSHCS (317) 233-1351 o (800) 475-1355 (Opción # 3)** con cualquier cambio en su condición médica actual o cualquier complicación adicional que haya sido documentada por su médico.
6. Si tiene otro seguro de salud para su hijo, debe proporcionar esa información al programa CSHCS. Su proveedor de seguro será el principal pagador. **Esto significa que primero debe facturarse a su compañía de seguros por cualquier servicio prestado.** Es posible que deba presentar un reclamo a su proveedor de seguros por algún tipo de atención médica, equipo o medicamentos recetados. Si pertenece a una HMO, PPO, o si su atención se administra a través de Medicaid, debe seguir sus pautas de cobertura.
7. Debe enviar cualquier dinero que reciba directamente de su compañía de seguros a CSHCS como reembolso del dinero pagado a los proveedores por los servicios prestados para el participante de CSHCS. De lo contrario, su caso se cerrará y la cobertura terminará.
8. **Todos los proveedores y participantes/tutores** que presenten reclamaciones de pago al Estado deben estar de acuerdo en recibir un reembolso mediante transferencia electrónica de fondos. Esto significa que cualquier persona que desee ser reembolsada por CSHCS para viajar debe establecer una cuenta de **depósito directo.**

C. Aviso de Prácticas de Privacidad

Para recibir este documento en español por favor contacte a la Línea de Ayuda para Madres al 844-624-6667.

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE INDIANA SERVICIOS ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA NIÑOS

Efectivo el 1 de junio de 2013

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE. Este aviso explica sus derechos para controlar su información de salud. Su información de salud no se compartirá sin su autorización por escrito, excepto como se describe en este aviso, o cuando sea requerido o permitido por la ley. Nos reservamos el derecho de revisar nuestras prácticas de privacidad y hacer nuevas disposiciones de privacidad para la información médica que mantenemos. En caso de que se realicen cambios en los términos de este aviso, se le enviará un aviso actualizado.

NO NECESITA HACER NADA COMO RESULTADO DE ESTE AVISO

Nuestras responsabilidades y compromiso con usted

Entendemos que su información de atención médica es personal. Asumimos nuestra responsabilidad de mantener en privado su información personal de salud muy en serio. Estamos comprometidos a seguir todas las leyes estatales y federales que protegen su información de salud. Estamos obligados por ley a hacer lo siguiente:

- ï Proteger su información de salud.
- ï Entregar este aviso para explicar nuestras responsabilidades y las formas en que usamos y compartimos su información de salud.
- ï Cumplir con los términos de este aviso.
- ï Le notificamos en caso que haya habido una violación de su información de salud protegida.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos:

- ï Tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si acepta recibirlo electrónicamente (por correo electrónico).
- ï Tiene derecho a ver y obtener una copia de su información de salud personal. Se le cobrará una tarifa de copia por página. Puede solicitar una copia electrónica de su

información de salud personal; sin embargo, podemos cobrar una tarifa por dicha copia. La tarifa no será mayor que el costo de mano de obra asociado con una copia en papel. Puede ser que neguemos su solicitud para ver y obtener una copia de su información de salud en circunstancias limitadas. Si cree que el acceso a su información médica ha sido negado erróneamente, puede presentar una apelación ante el Oficial de Privacidad. Si se presenta una apelación ante el Oficial de Privacidad, una persona que no participó en la decisión de denegación revisará la apelación.

- ï Tiene derecho a solicitar que cambiemos la información de salud que considere incorrecta o incompleta. Su solicitud puede ser denegada si la información no fue creada por nosotros, no es parte de la información que puede revisar o copiar, o si decidimos que la información de salud personal es precisa y completa.
- ï Tiene derecho a solicitar una lista que muestre cada vez que divulguemos su información médica personal. Esta lista no incluirá información de salud personal que fue dado a conocer para brindarle tratamiento, para obtener el pago por los servicios o para fines administrativos u operacionales. Esta lista no incluirá la información divulgada a usted que solicitó por escrito, la información divulgada a otros con su aprobación escrita, información divulgada a personas involucradas en su atención o información divulgada antes del 14 de abril de 2003.
- ï Tiene derecho a solicitar que no divulguemos su información médica personal, divulguemos sólo parte de su información o la divulguemos por razones que usted solicite. Es posible que no estemos legalmente obligados a cumplir con su solicitud. Sin embargo, estamos obligados a cumplir con su solicitud si:
 - a) La divulgación es a un plan de salud para operaciones de pago o atención médica, pero no con el propósito de tratamiento; y
 - b) La información médica protegida pertenece únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el que usted pagó al proveedor de atención médica en su totalidad y de su bolsillo.
- ï Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre sus asuntos de salud personales de una manera determinada o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que sólo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo electrónico. Revisaremos y acomodaremos las solicitudes razonables. Para solicitar una forma o ubicación especial para que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud personal, debe llamar o escribir a la Oficina de Privacidad al número de teléfono o la dirección que figura en la información de contacto al final de este aviso.

Uso y divulgación de su información de salud

No creamos registros de salud. Recibimos información de salud para determinar la elegibilidad para este programa. La información también se recibe como reclamo de pago de los profesionales de la salud que le brindan servicios. Podemos usar su información de salud para pagar los servicios que le brinda su proveedor de atención médica, con fines administrativos y operativos, y para evaluar la calidad de los servicios que recibe. Los usos de su información médica no mencionados en este Aviso no se realizarán sin su autorización por escrito. Si firma una autorización, se puede revocar mediante notificación por escrito de la revocación. Si bien no podemos describir todos los casos relacionados con el uso legal de su salud, a continuación, se incluyen algunos ejemplos comunes de cómo usamos su información de salud personal:

- ï Podemos usar su información de salud para determinar si el tratamiento es

médicamente necesario o que se le proporcione el tratamiento adecuado.

- ï Los médicos, hospitales y otros profesionales de la salud que le brindan servicios nos envían información médica en forma de reclamo de pago. Esta solicitud de pago incluye información que lo identifica a usted, el diagnóstico y los procedimientos. Utilizamos esta información de salud para pagar los servicios, de acuerdo con los reglamentos del programa. También podemos compartir su información con otros programas, como Medicaid o compañías de seguros privados para coordinar beneficios y pagos.
- ï Los miembros de nuestro personal pueden usar su información de salud para revisar la atención y los resultados de su tratamiento y para comparar los resultados de otros beneficiarios que recibieron el mismo tratamiento o algún tratamiento similar.
- ï Podemos divulgar su información de salud a la fuerza laboral involucrada en la administración de este programa. También podemos divulgar su información de salud a los contratistas para que puedan realizar los trabajos que les pedimos que hagan, como autorizar los servicios para usted o revisar los pagos realizados a los profesionales de la salud. Para proteger su información de salud, requerimos que los contratistas sigan las reglas para proteger su información.
- ï Podemos usar y divulgar su información médica para proporcionar recordatorios de citas, informarle sobre posibles opciones de tratamiento, tratamientos alternativos y otros beneficios relacionados con la salud.
- ï Podemos divulgar o compartir su información de salud con otras agencias gubernamentales que pueden proporcionarle beneficios o servicios públicos, como el programa de Primeros Pasos.

- ï Podemos usar o divulgar su información médica de conformidad con la ley y según lo exija la ley en respuesta a una orden judicial. Si su información de salud involucra una enfermedad contagiosa, esa información, con excepciones limitadas, no se divulgará sin su autorización por escrito.

Presentar una queja

Si cree que hemos violado sus derechos o nuestras prácticas de información médica, puede presentar una queja ante nuestro Oficial de Privacidad. Puede comunicarse con nosotros con respecto a una queja utilizando la siguiente dirección o número de teléfono. También puede presentar una queja ante la Oficina del Fiscal General de Indiana, así como la Oficina Federal de Derechos Civiles (OCR) en el Departamento de Salud de los Estados Unidos y de los Servicios Humanos. Si la supuesta infracción tuvo lugar en Indiana, use la dirección de la Región V de OCR o el número de teléfono que se indica a continuación:

Oficial de Privacidad Oficina de Asuntos Legales Departamento de Salud del Estado de Indiana 2 N. Meridian St. Indianapolis, IN 46204 317-233-7655	Procurador General de Indiana División de Protección al Consumidor 302 W. Washington St., 5th Floor Indianapolis, IN 46204 317-232-6330 800-382-5516	Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Oficina de Derechos Humanos - Región V 233 N. Michigan Ave. - Suite 240 Chicago, IL 60601 312-866-2359
---	---	--

Nunca tomaremos represalias contra usted por presentar una queja y esto no afectará de ninguna manera los servicios de atención médica que le brindamos

D. Documentos de reembolso de viaje

Hay dos documentos que un padre, tutor o participante debe completar antes del reembolso del viaje y este proceso puede tardar varias semanas en completarse. Los formularios que deben completarse y enviarse son un formulario de información del proveedor y un cupón de viaje familiar. Estos formularios están incluidos en este Apéndice.

Estos formularios también se pueden obtener visitando los siguientes sitios web de Federal y del Estado de Indiana e imprimiéndolos o llamando a la oficina de CSHCS, (317) 233-1351 o (800) 475-1355 (Opción # 4), y pidiendo que haz que te las envíen por correo.

W-9	http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw9.pdf
Formulario de depósito directo	https://forms.in.gov/Download.aspx?id=11695
Reembolso por viajes	https://forms.in.gov/Download.aspx?id=5781

Siempre que haya un cambio en la dirección o en la información bancaria, el padre, tutor o participante debe completar y enviar un nuevo formulario W-9 o Depósito directo. De lo contrario, se demorarán los pagos de reembolso.

E. Información de contacto

Departamento de Salud del Estado de Indiana CSHCS - Sección 5C
2 North Meridian Street Indianapolis IN 46204
Teléfono: (317) 233-1351 o (800) 475-1355
Fax: (317) 233-1342
<http://cshcs.isdh.in.gov/>

F.

F. Opciones de menú del teléfono:

- | | |
|--|---|
| 1. Traducción en español | Opciones de traducción para todos los programas |
| 2. Elegibilidad | Estado de los criterios de elegibilidad de las solicitudes pendientes y preguntas de evaluación |
| 3. Elegibilidad médica/
autorización previa | Enlaces y solicitudes de servicio de una Autorización Previa |
| 4. Reembolso de viajes familiares | Preguntas sobre el reembolso de viajes familiares |
| 5. Reclamaciones y relaciones con
proveedores | Preguntas de facturas, procedimientos e inscripción de proveedores |
| 6. Coordinación de Cuidados | Recursos de y referencias. |

Request for Taxpayer Identification Number and Certification

**Give Form to the
requester. Do not
send to the IRS.**

▶ Go to www.irs.gov/FormW9 for instructions and the latest information.

Print or type.
See Specific Instructions on page 3.

	1 Name (as shown on your income tax return). Name is required on this line; do not leave this line blank.	
	2 Business name/disregarded entity name, if different from above	
	3 Check appropriate box for federal tax classification of the person whose name is entered on line 1. Check only one of the following seven boxes.	4 Exemptions (codes apply only to certain entities, not individuals; see instructions on page 3):
	<input type="checkbox"/> Individual/sole proprietor or single-member LLC <input type="checkbox"/> C Corporation <input type="checkbox"/> S Corporation <input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> Trust/estate	Exempt payee code (if any) _____
	<input type="checkbox"/> Limited liability company. Enter the tax classification (C=C corporation, S=S corporation, P=Partnership) ▶ _____ <small>Note: Check the appropriate box in the line above for the tax classification of the single-member owner. Do not check LLC if the LLC is classified as a single-member LLC that is disregarded from the owner unless the owner of the LLC is another LLC that is not disregarded from the owner for U.S. federal tax purposes. Otherwise, a single-member LLC that is disregarded from the owner should check the appropriate box for the tax classification of its owner.</small>	Exemption from FATCA reporting code (if any) _____
	<input type="checkbox"/> Other (see instructions) ▶ _____	<small>(Applies to accounts maintained outside the U.S.)</small>
	5 Address (number, street, and apt. or suite no.) See instructions.	Requester's name and address (optional)
	6 City, state, and ZIP code	
	7 List account number(s) here (optional)	

Part I Taxpayer Identification Number (TIN)

Enter your TIN in the appropriate box. The TIN provided must match the name given on line 1 to avoid backup withholding. For individuals, this is generally your social security number (SSN). However, for a resident alien, sole proprietor, or disregarded entity, see the instructions for Part I, later. For other entities, it is your employer identification number (EIN). If you do not have a number, see *How to get a TIN*, later.

Note: If the account is in more than one name, see the instructions for line 1. Also see *What Name and Number To Give the Requester* for guidelines on whose number to enter.

Social security number								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					-	-		
-	-							
or								
Employer identification number								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					-	-		
-	-							

Part II Certification

Under penalties of perjury, I certify that:

1. The number shown on this form is my correct taxpayer identification number (or I am waiting for a number to be issued to me); and
2. I am not subject to backup withholding because: (a) I am exempt from backup withholding, or (b) I have not been notified by the Internal Revenue Service (IRS) that I am subject to backup withholding as a result of a failure to report all interest or dividends, or (c) the IRS has notified me that I am no longer subject to backup withholding; and
3. I am a U.S. citizen or other U.S. person (defined below); and
4. The FATCA code(s) entered on this form (if any) indicating that I am exempt from FATCA reporting is correct.

Certification instructions. You must cross out item 2 above if you have been notified by the IRS that you are currently subject to backup withholding because you have failed to report all interest and dividends on your tax return. For real estate transactions, item 2 does not apply. For mortgage interest paid, acquisition or abandonment of secured property, cancellation of debt, contributions to an individual retirement arrangement (IRA), and generally, payments other than interest and dividends, you are not required to sign the certification, but you must provide your correct TIN. See the instructions for Part II, later.

Sign Here

Signature of U.S. person ▶

Date ▶

General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code unless otherwise noted.

Future developments. For the latest information about developments related to Form W-9 and its instructions, such as legislation enacted after they were published, go to www.irs.gov/FormW9.

Purpose of Form

An individual or entity (Form W-9 requester) who is required to file an information return with the IRS must obtain your correct taxpayer identification number (TIN) which may be your social security number (SSN), individual taxpayer identification number (ITIN), adoption taxpayer identification number (ATIN), or employer identification number (EIN), to report on an information return the amount paid to you, or other amount reportable on an information return. Examples of information returns include, but are not limited to, the following.

- Form 1099-INT (interest earned or paid)

- Form 1099-DIV (dividends, including those from stocks or mutual funds)
 - Form 1099-MISC (various types of income, prizes, awards, or gross proceeds)
 - Form 1099-B (stock or mutual fund sales and certain other transactions by brokers)
 - Form 1099-S (proceeds from real estate transactions)
 - Form 1099-K (merchant card and third party network transactions)
 - Form 1098 (home mortgage interest), 1098-E (student loan interest), 1098-T (tuition)
 - Form 1099-C (canceled debt)
 - Form 1099-A (acquisition or abandonment of secured property)
- Use Form W-9 only if you are a U.S. person (including a resident alien), to provide your correct TIN.

If you do not return Form W-9 to the requester with a TIN, you might be subject to backup withholding. See What is backup withholding, later.

By signing the filled-out form, you:

1. Certify that the TIN you are giving is correct (or you are waiting for a number to be issued),
2. Certify that you are not subject to backup withholding, or
3. Claim exemption from backup withholding if you are a U.S. exempt payee. If applicable, you are also certifying that as a U.S. person, your allocable share of any partnership income from a U.S. trade or business is not subject to the withholding tax on foreign partners' share of effectively connected income, and
4. Certify that FATCA code(s) entered on this form (if any) indicating that you are exempt from the FATCA reporting, is correct. See *What is FATCA reporting*, later, for further information.

Note: If you are a U.S. person and a requester gives you a form other than Form W-9 to request your TIN, you must use the requester's form if it is substantially similar to this Form W-9.

Definition of a U.S. person. For federal tax purposes, you are considered a U.S. person if you are:

- An individual who is a U.S. citizen or U.S. resident alien;
- A partnership, corporation, company, or association created or organized in the United States or under the laws of the United States;
- An estate (other than a foreign estate); or
- A domestic trust (as defined in Regulations section 301.7701-7).

Special rules for partnerships. Partnerships that conduct a trade or business in the United States are generally required to pay a withholding tax under section 1446 on any foreign partners' share of effectively connected taxable income from such business. Further, in certain cases where a Form W-9 has not been received, the rules under section 1446 require a partnership to presume that a partner is a foreign person, and pay the section 1446 withholding tax. Therefore, if you are a U.S. person that is a partner in a partnership conducting a trade or business in the United States, provide Form W-9 to the partnership to establish your U.S. status and avoid section 1446 withholding on your share of partnership income.

In the cases below, the following person must give Form W-9 to the partnership for purposes of establishing its U.S. status and avoiding withholding on its allocable share of net income from the partnership conducting a trade or business in the United States.

- In the case of a disregarded entity with a U.S. owner, the U.S. owner of the disregarded entity and not the entity;
- In the case of a grantor trust with a U.S. grantor or other U.S. owner, generally, the U.S. grantor or other U.S. owner of the grantor trust and not the trust; and
- In the case of a U.S. trust (other than a grantor trust), the U.S. trust (other than a grantor trust) and not the beneficiaries of the trust.

Foreign person. If you are a foreign person or the U.S. branch of a foreign bank that has elected to be treated as a U.S. person, do not use Form W-9. Instead, use the appropriate Form W-8 or Form 8233 (see Pub. 515, *Withholding of Tax on Nonresident Aliens and Foreign Entities*).

Nonresident alien who becomes a resident alien. Generally, only a nonresident alien individual may use the terms of a tax treaty to reduce or eliminate U.S. tax on certain types of income. However, most tax treaties contain a provision known as a "saving clause." Exceptions specified in the saving clause may permit an exemption from tax to continue for certain types of income even after the payee has otherwise become a U.S. resident alien for tax purposes.

If you are a U.S. resident alien who is relying on an exception contained in the saving clause of a tax treaty to claim an exemption from U.S. tax on certain types of income, you must attach a statement to Form W-9 that specifies the following five items.

1. The treaty country. Generally, this must be the same treaty under which you claimed exemption from tax as a nonresident alien.
2. The treaty article addressing the income.
3. The article number (or location) in the tax treaty that contains the saving clause and its exceptions.
4. The type and amount of income that qualifies for the exemption from tax.
5. Sufficient facts to justify the exemption from tax under the terms of the treaty article.

Example. Article 20 of the U.S.-China income tax treaty allows an exemption from tax for scholarship income received by a Chinese student temporarily present in the United States. Under U.S. law, this student will become a resident alien for tax purposes if his or her stay in the United States exceeds 5 calendar years. However, paragraph 2 of the first Protocol to the U.S.-China treaty (dated April 30, 1984) allows the provisions of Article 20 to continue to apply even after the Chinese student becomes a resident alien of the United States. A Chinese student who qualifies for this exception (under paragraph 2 of the first protocol) and is relying on this exception to claim an exemption from tax on his or her scholarship or fellowship income would attach to Form W-9 a statement that includes the information described above to support that exemption.

If you are a nonresident alien or a foreign entity, give the requester the appropriate completed Form W-8 or Form 8233.

Backup Withholding

What is backup withholding? Persons making certain payments to you must under certain conditions withhold and pay to the IRS 24% of such payments. This is called "backup withholding." Payments that may be subject to backup withholding include interest, tax-exempt interest, dividends, broker and barter exchange transactions, rents, royalties, nonemployee pay, payments made in settlement of payment card and third party network transactions, and certain payments from fishing boat operators. Real estate transactions are not subject to backup withholding.

You will not be subject to backup withholding on payments you receive if you give the requester your correct TIN, make the proper certifications, and report all your taxable interest and dividends on your tax return.

Payments you receive will be subject to backup withholding if:

1. You do not furnish your TIN to the requester,
2. You do not certify your TIN when required (see the instructions for Part II for details),
3. The IRS tells the requester that you furnished an incorrect TIN,
4. The IRS tells you that you are subject to backup withholding because you did not report all your interest and dividends on your tax return (for reportable interest and dividends only), or
5. You do not certify to the requester that you are not subject to backup withholding under 4 above (for reportable interest and dividend accounts opened after 1983 only).

Certain payees and payments are exempt from backup withholding. See *Exempt payee code*, later, and the separate Instructions for the Requester of Form W-9 for more information.

Also see *Special rules for partnerships*, earlier.

What is FATCA Reporting?

The Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) requires a participating foreign financial institution to report all United States account holders that are specified United States persons. Certain payees are exempt from FATCA reporting. See *Exemption from FATCA reporting code*, later, and the Instructions for the Requester of Form W-9 for more information.

Updating Your Information

You must provide updated information to any person to whom you claimed to be an exempt payee if you are no longer an exempt payee and anticipate receiving reportable payments in the future from this person. For example, you may need to provide updated information if you are a C corporation that elects to be an S corporation, or if you no longer are tax exempt. In addition, you must furnish a new Form W-9 if the name or TIN changes for the account; for example, if the grantor of a grantor trust dies.

Penalties

Failure to furnish TIN. If you fail to furnish your correct TIN to a requester, you are subject to a penalty of \$50 for each such failure unless your failure is due to reasonable cause and not to willful neglect.

Civil penalty for false information with respect to withholding. If you make a false statement with no reasonable basis that results in no backup withholding, you are subject to a \$500 penalty.

Criminal penalty for falsifying information. Willfully falsifying certifications or affirmations may subject you to criminal penalties including fines and/or imprisonment.

Misuse of TINs. If the requester discloses or uses TINs in violation of federal law, the requester may be subject to civil and criminal penalties.

Specific Instructions

Line 1

You must enter one of the following on this line; **do not** leave this line blank. The name should match the name on your tax return.

If this Form W-9 is for a joint account (other than an account maintained by a foreign financial institution (FFI)), list first, and then circle, the name of the person or entity whose number you entered in Part I of Form W-9. If you are providing Form W-9 to an FFI to document a joint account, each holder of the account that is a U.S. person must provide a Form W-9.

a. Individual. Generally, enter the name shown on your tax return. If you have changed your last name without informing the Social Security Administration (SSA) of the name change, enter your first name, the last name as shown on your social security card, and your new last name.

Note: ITIN applicant: Enter your individual name as it was entered on your Form W-7 application, line 1a. This should also be the same as the name you entered on the Form 1040/1040A/1040EZ you filed with your application.

b. Sole proprietor or single-member LLC. Enter your individual name as shown on your 1040/1040A/1040EZ on line 1. You may enter your business, trade, or "doing business as" (DBA) name on line 2.

c. Partnership, LLC that is not a single-member LLC, C corporation, or S corporation. Enter the entity's name as shown on the entity's tax return on line 1 and any business, trade, or DBA name on line 2.

d. Other entities. Enter your name as shown on required U.S. federal tax documents on line 1. This name should match the name shown on the charter or other legal document creating the entity. You may enter any business, trade, or DBA name on line 2.

e. Disregarded entity. For U.S. federal tax purposes, an entity that is disregarded as an entity separate from its owner is treated as a "disregarded entity." See Regulations section 301.7701-2(c)(2)(iii). Enter the owner's name on line 1. The name of the entity entered on line 1 should never be a disregarded entity. The name on line 1 should be the name shown on the income tax return on which the income should be reported. For example, if a foreign LLC that is treated as a disregarded entity for U.S. federal tax purposes has a single owner that is a U.S. person, the U.S. owner's name is required to be provided on line 1. If the direct owner of the entity is also a disregarded entity, enter the first owner that is not disregarded for federal tax purposes. Enter the disregarded entity's name on line 2, "Business name/disregarded entity name." If the owner of the disregarded entity is a foreign person, the owner must complete an appropriate Form W-8 instead of a Form W-9. This is the case even if the foreign person has a U.S. TIN.

Line 2

If you have a business name, trade name, DBA name, or disregarded entity name, you may enter it on line 2.

Line 3

Check the appropriate box on line 3 for the U.S. federal tax classification of the person whose name is entered on line 1. Check only one box on line 3.

IF the entity/person on line 1 is a(n) . . .	THEN check the box for . . .
<ul style="list-style-type: none"> Corporation 	Corporation
<ul style="list-style-type: none"> Individual Sole proprietorship, or Single-member limited liability company (LLC) owned by an individual and disregarded for U.S. federal tax purposes. 	Individual/sole proprietor or single-member LLC
<ul style="list-style-type: none"> LLC treated as a partnership for U.S. federal tax purposes, LLC that has filed Form 8832 or 2553 to be taxed as a corporation, or LLC that is disregarded as an entity separate from its owner but the owner is another LLC that is not disregarded for U.S. federal tax purposes. 	Limited liability company and enter the appropriate tax classification. (P= Partnership; C= C corporation; or S= S corporation)
<ul style="list-style-type: none"> Partnership 	Partnership
<ul style="list-style-type: none"> Trust/estate 	Trust/estate

Line 4, Exemptions

If you are exempt from backup withholding and/or FATCA reporting, enter in the appropriate space on line 4 any code(s) that may apply to you.

Exempt payee code.

- Generally, individuals (including sole proprietors) are not exempt from backup withholding.
- Except as provided below, corporations are exempt from backup withholding for certain payments, including interest and dividends.
- Corporations are not exempt from backup withholding for payments made in settlement of payment card or third party network transactions.
- Corporations are not exempt from backup withholding with respect to attorneys' fees or gross proceeds paid to attorneys, and corporations that provide medical or health care services are not exempt with respect to payments reportable on Form 1099-MISC.

The following codes identify payees that are exempt from backup withholding. Enter the appropriate code in the space in line 4.

- 1—An organization exempt from tax under section 501(a), any IRA, or a custodial account under section 403(b)(7) if the account satisfies the requirements of section 401(f)(2)
- 2—The United States or any of its agencies or instrumentalities
- 3—A state, the District of Columbia, a U.S. commonwealth or possession, or any of their political subdivisions or instrumentalities
- 4—A foreign government or any of its political subdivisions, agencies, or instrumentalities
- 5—A corporation
- 6—A dealer in securities or commodities required to register in the United States, the District of Columbia, or a U.S. commonwealth or possession
- 7—A futures commission merchant registered with the Commodity Futures Trading Commission
- 8—A real estate investment trust
- 9—An entity registered at all times during the tax year under the Investment Company Act of 1940
- 10—A common trust fund operated by a bank under section 584(a)
- 11—A financial institution
- 12—A middleman known in the investment community as a nominee or custodian
- 13—A trust exempt from tax under section 664 or described in section 4947

The following chart shows types of payments that may be exempt from backup withholding. The chart applies to the exempt payees listed above, 1 through 13.

IF the payment is for . . .	THEN the payment is exempt for . . .
Interest and dividend payments	All exempt payees except for 7
Broker transactions	Exempt payees 1 through 4 and 6 through 11 and all C corporations. S corporations must not enter an exempt payee code because they are exempt only for sales of noncovered securities acquired prior to 2012.
Barter exchange transactions and patronage dividends	Exempt payees 1 through 4
Payments over \$600 required to be reported and direct sales over \$5,000 ¹	Generally, exempt payees 1 through 5 ²
Payments made in settlement of payment card or third party network transactions	Exempt payees 1 through 4

¹ See Form 1099-MISC, Miscellaneous Income, and its instructions.

² However, the following payments made to a corporation and reportable on Form 1099-MISC are not exempt from backup withholding: medical and health care payments, attorneys' fees, gross proceeds paid to an attorney reportable under section 6045(f), and payments for services paid by a federal executive agency.

Exemption from FATCA reporting code. The following codes identify payees that are exempt from reporting under FATCA. These codes apply to persons submitting this form for accounts maintained outside of the United States by certain foreign financial institutions. Therefore, if you are only submitting this form for an account you hold in the United States, you may leave this field blank. Consult with the person requesting this form if you are uncertain if the financial institution is subject to these requirements. A requester may indicate that a code is not required by providing you with a Form W-9 with "Not Applicable" (or any similar indication) written or printed on the line for a FATCA exemption code.

A—An organization exempt from tax under section 501(a) or any individual retirement plan as defined in section 7701(a)(37)

B—The United States or any of its agencies or instrumentalities

C—A state, the District of Columbia, a U.S. commonwealth or possession, or any of their political subdivisions or instrumentalities

D—A corporation the stock of which is regularly traded on one or more established securities markets, as described in Regulations section 1.1472-1(c)(1)(i)

E—A corporation that is a member of the same expanded affiliated group as a corporation described in Regulations section 1.1472-1(c)(1)(ii)

F—A dealer in securities, commodities, or derivative financial instruments (including notional principal contracts, futures, forwards, and options) that is registered as such under the laws of the United States or any state

G—A real estate investment trust

H—A regulated investment company as defined in section 851 or an entity registered at all times during the tax year under the Investment Company Act of 1940

I—A common trust fund as defined in section 584(a)

J—A bank as defined in section 581

K—A broker

L—A trust exempt from tax under section 664 or described in section 4947(a)(1)

M—A tax exempt trust under a section 403(b) plan or section 457(g) plan

Note: You may wish to consult with the financial institution requesting this form to determine whether the FATCA code and/or exempt payee code should be completed.

Line 5

Enter your address (number, street, and apartment or suite number). This is where the requester of this Form W-9 will mail your information returns. If this address differs from the one the requester already has on file, write NEW at the top. If a new address is provided, there is still a chance the old address will be used until the payor changes your address in their records.

Line 6

Enter your city, state, and ZIP code.

Part I. Taxpayer Identification Number (TIN)

Enter your TIN in the appropriate box. If you are a resident alien and you do not have and are not eligible to get an SSN, your TIN is your IRS individual taxpayer identification number (ITIN). Enter it in the social security number box. If you do not have an ITIN, see *How to get a TIN* below.

If you are a sole proprietor and you have an EIN, you may enter either your SSN or EIN.

If you are a single-member LLC that is disregarded as an entity separate from its owner, enter the owner's SSN (or EIN, if the owner has one). Do not enter the disregarded entity's EIN. If the LLC is classified as a corporation or partnership, enter the entity's EIN.

Note: See *What Name and Number To Give the Requester*, later, for further clarification of name and TIN combinations.

How to get a TIN. If you do not have a TIN, apply for one immediately. To apply for an SSN, get Form SS-5, Application for a Social Security Card, from your local SSA office or get this form online at www.SSA.gov. You may also get this form by calling 1-800-772-1213. Use Form W-7, Application for IRS Individual Taxpayer Identification Number, to apply for an ITIN, or Form SS-4, Application for Employer Identification Number, to apply for an EIN. You can apply for an EIN online by accessing the IRS website at www.irs.gov/Businesses and clicking on Employer Identification Number (EIN) under Starting a Business. Go to www.irs.gov/Forms to view, download, or print Form W-7 and/or Form SS-4. Or, you can go to www.irs.gov/OrderForms to place an order and have Form W-7 and/or SS-4 mailed to you within 10 business days.

If you are asked to complete Form W-9 but do not have a TIN, apply for a TIN and write "Applied For" in the space for the TIN, sign and date the form, and give it to the requester. For interest and dividend payments, and certain payments made with respect to readily tradable instruments, generally you will have 60 days to get a TIN and give it to the requester before you are subject to backup withholding on payments. The 60-day rule does not apply to other types of payments. You will be subject to backup withholding on all such payments until you provide your TIN to the requester.

Note: Entering "Applied For" means that you have already applied for a TIN or that you intend to apply for one soon.

Caution: A disregarded U.S. entity that has a foreign owner must use the appropriate Form W-8.

Part II. Certification

To establish to the withholding agent that you are a U.S. person, or resident alien, sign Form W-9. You may be requested to sign by the withholding agent even if item 1, 4, or 5 below indicates otherwise.

For a joint account, only the person whose TIN is shown in Part I should sign (when required). In the case of a disregarded entity, the person identified on line 1 must sign. Exempt payees, see *Exempt payee code*, earlier.

Signature requirements. Complete the certification as indicated in items 1 through 5 below.

1. Interest, dividend, and barter exchange accounts opened before 1984 and broker accounts considered active during 1983. You must give your correct TIN, but you do not have to sign the certification.

2. Interest, dividend, broker, and barter exchange accounts opened after 1983 and broker accounts considered inactive during 1983. You must sign the certification or backup withholding will apply. If you are subject to backup withholding and you are merely providing your correct TIN to the requester, you must cross out item 2 in the certification before signing the form.

3. Real estate transactions. You must sign the certification. You may cross out item 2 of the certification.

4. Other payments. You must give your correct TIN, but you do not have to sign the certification unless you have been notified that you have previously given an incorrect TIN. "Other payments" include payments made in the course of the requester's trade or business for rents, royalties, goods (other than bills for merchandise), medical and health care services (including payments to corporations), payments to a nonemployee for services, payments made in settlement of payment card and third party network transactions, payments to certain fishing boat crew members and fishermen, and gross proceeds paid to attorneys (including payments to corporations).

5. Mortgage interest paid by you, acquisition or abandonment of secured property, cancellation of debt, qualified tuition program payments (under section 529), ABLE accounts (under section 529A), IRA, Coverdell ESA, Archer MSA or HSA contributions or distributions, and pension distributions. You must give your correct TIN, but you do not have to sign the certification.

What Name and Number To Give the Requester

For this type of account:	Give name and SSN of:
1. Individual	The individual
2. Two or more individuals (joint account) other than an account maintained by an FFI	The actual owner of the account or, if combined funds, the first individual on the account ¹
3. Two or more U.S. persons (joint account maintained by an FFI)	Each holder of the account
4. Custodial account of a minor (Uniform Gift to Minors Act)	The minor ²
5. a. The usual revocable savings trust (grantor is also trustee) b. So-called trust account that is not a legal or valid trust under state law	The grantor-trustee ¹ The actual owner ¹
6. Sole proprietorship or disregarded entity owned by an individual	The owner ³
7. Grantor trust filing under Optional Form 1099 Filing Method 1 (see Regulations section 1.671-4(b)(2)(i)(A))	The grantor ⁴
For this type of account:	Give name and EIN of:
8. Disregarded entity not owned by an individual	The owner
9. A valid trust, estate, or pension trust	Legal entity ⁴
10. Corporation or LLC electing corporate status on Form 8832 or Form 2553	The corporation
11. Association, club, religious, charitable, educational, or other tax-exempt organization	The organization
12. Partnership or multi-member LLC	The partnership
13. A broker or registered nominee	The broker or nominee

For this type of account:	Give name and EIN of:
14. Account with the Department of Agriculture in the name of a public entity (such as a state or local government, school district, or prison) that receives agricultural program payments	The public entity
15. Grantor trust filing under the Form 1041 Filing Method or the Optional Form 1099 Filing Method 2 (see Regulations section 1.671-4(b)(2)(i)(B))	The trust

¹ List first and circle the name of the person whose number you furnish. If only one person on a joint account has an SSN, that person's number must be furnished.

² Circle the minor's name and furnish the minor's SSN.

³ You must show your individual name and you may also enter your business or DBA name on the "Business name/disregarded entity" name line. You may use either your SSN or EIN (if you have one), but the IRS encourages you to use your SSN.

⁴ List first and circle the name of the trust, estate, or pension trust. (Do not furnish the TIN of the personal representative or trustee unless the legal entity itself is not designated in the account title.) Also see *Special rules for partnerships*, earlier.

***Note:** The grantor also must provide a Form W-9 to trustee of trust.

Note: If no name is circled when more than one name is listed, the number will be considered to be that of the first name listed.

Secure Your Tax Records From Identity Theft

Identity theft occurs when someone uses your personal information such as your name, SSN, or other identifying information, without your permission, to commit fraud or other crimes. An identity thief may use your SSN to get a job or may file a tax return using your SSN to receive a refund.

To reduce your risk:

- Protect your SSN,
- Ensure your employer is protecting your SSN, and
- Be careful when choosing a tax preparer.

If your tax records are affected by identity theft and you receive a notice from the IRS, respond right away to the name and phone number printed on the IRS notice or letter.

If your tax records are not currently affected by identity theft but you think you are at risk due to a lost or stolen purse or wallet, questionable credit card activity or credit report, contact the IRS Identity Theft Hotline at 1-800-908-4490 or submit Form 14039.

For more information, see Pub. 5027, Identity Theft Information for Taxpayers.

Victims of identity theft who are experiencing economic harm or a systemic problem, or are seeking help in resolving tax problems that have not been resolved through normal channels, may be eligible for Taxpayer Advocate Service (TAS) assistance. You can reach TAS by calling the TAS toll-free case intake line at 1-877-777-4778 or TTY/TDD 1-800-829-4059.

Protect yourself from suspicious emails or phishing schemes. Phishing is the creation and use of email and websites designed to mimic legitimate business emails and websites. The most common act is sending an email to a user falsely claiming to be an established legitimate enterprise in an attempt to scam the user into surrendering private information that will be used for identity theft.

The IRS does not initiate contacts with taxpayers via emails. Also, the IRS does not request personal detailed information through email or ask taxpayers for the PIN numbers, passwords, or similar secret access information for their credit card, bank, or other financial accounts.

If you receive an unsolicited email claiming to be from the IRS, forward this message to phishing@irs.gov. You may also report misuse of the IRS name, logo, or other IRS property to the Treasury Inspector General for Tax Administration (TIGTA) at 1-800-366-4484. You can forward suspicious emails to the Federal Trade Commission at spam@uce.gov or report them at www.ftc.gov/complaint. You can contact the FTC at www.ftc.gov/idtheft or 877-IDTHEFT (877-438-4338). If you have been the victim of identity theft, see www.IdentityTheft.gov and Pub. 5027.

Visit www.irs.gov/IdentityTheft to learn more about identity theft and how to reduce your risk.

Privacy Act Notice

Section 6109 of the Internal Revenue Code requires you to provide your correct TIN to persons (including federal agencies) who are required to file information returns with the IRS to report interest, dividends, or certain other income paid to you; mortgage interest you paid; the acquisition or abandonment of secured property; the cancellation of debt; or contributions you made to an IRA, Archer MSA, or HSA. The person collecting this form uses the information on the form to file information returns with the IRS, reporting the above information. Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation and to cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and possessions for use in administering their laws. The information also may be disclosed to other countries under a treaty, to federal and state agencies to enforce civil and criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism. You must provide your TIN whether or not you are required to file a tax return. Under section 3406, payers must generally withhold a percentage of taxable interest, dividend, and certain other payments to a payee who does not give a TIN to the payer. Certain penalties may also apply for providing false or fraudulent information.



**AUTOMATED DIRECT DEPOSIT
AUTHORIZATION AGREEMENT**

State Form 47551 (R5/4-14)
Approved by State Board of Accounts, 2014
Approved by Auditor of State, 2014

Indiana law (I.C. 4-13-2-14.8) requires that YOU receive PAYMENT(S) by means of electronic transfer of funds.

**This form must be accompanied by a W9.
Please print clearly and legibly in blue or black ink.
See Instructions on Reverse.**

SECTION 1: AUTHORIZATION

According to Indiana law, your signature below authorizes the transfer of electronic funds under the following terms:

Printed Name (as shown on the account) _____ Federal Identification Number / Social Security Number _____

Address (Number and Street, and/or PO Box Number) _____ City, State, and ZIP Code (00000-0000) _____

SECTION 2: FINANCIAL INSTITUTION'S APPROVAL

Add Deposit Change Deposit (prior information: _____)

Please check this box if your direct deposit will be automatically forwarded to a bank account in another country.

Type of Account: Checking (Demand) Savings

(You must either attach a non-altered, matching voided check or have your financial institution complete this section.)

The financial institution identified below agrees to accept automated deposits under the terms set forth herein:

Name of Financial Institution: _____ Telephone: (____) _____

Address: _____
Number and Street, and/or P.O. Box Number City, State, and ZIP Code (00000-0000)

_____, 20____
Date (month, day) Financial Institution's Authorized Signature / Title

ABA Transit-Routing Number Account Number

ATTACH A NON-ALTERED, VOIDED CHECK HERE

SECTION 3: ELECTRONIC NOTIFICATION OF ELECTRONIC FUND TRANSFER (EFT) DEPOSITS

(Complete this section only if you are requesting electronic notification. You may provide up to four email addresses.)

I hereby request that all future notices of EFT deposits to the bank account specified above be sent to the following email addresses:

I agree to the provisions contained on the reverse side of this form.

NAME (print or type) _____ TITLE _____ TELEPHONE _____

AUTHORIZED SIGNATURE _____ DATE (month, day, year) _____

INSTRUCTIONS:

1. *Complete Section 1 and 3, and sign and date the bottom of the form.*
2. *Have your financial institution complete Section 2 and return it to you OR attach a pre-printed, matching, non-altered voided check.*
3. *File the completed form with the agency that you do business with.*
4. *Retain a copy of the completed form for your records.*

By Signing This Form:

You are responsible for insuring that this form was approved and instructions above are followed. By signing this form, you represent that it is understood by all parties that, if approved:

1. The State of Indiana must initiate credits (deposits) in various amounts, by electronic transfer of funds through automated clearing house (ACH) processes, to the listed checking (demand) or savings account designated in the financial institution named in Section 2.
2. If necessary, you will accept reversals from the State for any credit entries made in error to the bank account per National Automated Clearing House Association (NACHA) regulations.
3. You may only revoke this request and authorization by notifying the Auditor of State in writing, at the following address at least fifteen (15) days before the effective date of revocation:
Indiana State Auditor, 200 W Washington St. Ste 240, Indianapolis, IN 46204.
4. Any change to the account or to a new financial institution will require a new State of Indiana Automatic Direct Deposit Authorization Agreement. Failure to timely notify the Auditor of State of an account change will delay payment.
5. The State of Indiana and its entities are not liable for late payment penalties or interest if you fail to provide information necessary for an electronic funds transfer and/or you do not properly follow the Instructions above.
6. Complete Section 3: Electronic Notification of Electronic Fund Transfer (EFT) Deposits, only if you choose to receive electronic EFT notifications by email. If this section is not complete, your notification will be sent by US Mail to the remit address designated on the reverse side of this form.
7. The email address(es) provided in Section 3 for electronic EFT notification will allow for appropriate application of all payments.
8. You acknowledge that it will cause disruption to the notification process if the email addresses provided for electronic funds transfer notification are frequently changed or changed without promptly providing an updated email address to the Auditor.
9. You acknowledge that an email notification returned as undeliverable may be removed from the Auditors email notification system and all future notices of EFT deposits to you will be provided by the Auditor via US Mail to the remit address designated on the reverse side of this form until you have provided a valid email address to the Auditor.
10. You are responsible for contacting the Auditor of State's office if you are not receiving electronic notices of EFT deposits.



**REIMBURSEMENT FOR TRAVEL
TO/FROM APPROVED PROVIDER(S) FOR
50 MILES OR MORE ROUNDTRIP**

State Form 50254 (R/12-03)
Form approved by State Board of Accounts, 2003

INSTRUCTIONS

1. All sections completed, printed, and legible.
2. Signatures must be original in ink.
3. Maximum of three (3) travel dates per form.
4. One year filing limit from date of travel.
5. Return to CSHCS.

**INDIANA STATE DEPARTMENT OF HEALTH
CHILDREN'S SPECIAL HEALTH CARE SERVICES
(CSHCS)
2 NORTH MERIDIAN STREET
INDIANAPOLIS, INDIANA 46204**

PARTICIPANT INFORMATION		COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN
Name of Child	Date of Birth (month, day, year)	CSHCS #
Street address of participant (number and street, city, state, ZIP code (spell city name completely))		

TRANSPORTATION INFORMATION		COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN/DRIVER
Date(s) of Travel (month, day, year & maximum of three per claim)		
To (number and street, city, state, ZIP code (spell city name completely))		
Reason(s) for Visit(s)		
Name of Driver	Driver's License # (provide copy if not Indiana)	
Driver's Date of Birth	Vehicle Plate # (provide copy of registration if not Indiana)	

MEDICAL PROVIDER INFORMATION		COMPLETED BY MEDICAL PROVIDER
Name of Medical Provider (printed)		
Signature of Medical Provider (must be in ink)	Date (month, day, year)	

PARENT/GUARDIAN INFORMATION		COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN
Mailing address of parent/guardian, if different from above (number and street, city, state, ZIP code (spell city name completely))		
Name of Parent/Guardian (printed)		
Signature of Parent/Guardian (must be in ink)	Date (month, day, year)	
I hereby certify that the foregoing account is just and correct, that the amount claimed is legally due, after allowing all just credits, and that no part of the same has been paid.		

INVESTIGACIONES Y SERVICIOS DE SALUD
BOYD CENTER, 1000 EAST WASHINGTON STREET
INDIANAPOLIS, INDIANA 46202-1000
PHONE: (317) 233-1351 FAX: (317) 233-1355
WWW.CSHCS.IN.GOV



INDIANA STATE DEPARTMENT OF HEALTH
BOYD CENTER, 1000 EAST WASHINGTON STREET
INDIANAPOLIS, INDIANA 46202-1000
PHONE: (317) 233-1351 FAX: (317) 233-1355
WWW.CSHCS.IN.GOV

INDIANA STATE DEPARTMENT OF HEALTH
BOYD CENTER, 1000 EAST WASHINGTON STREET
INDIANAPOLIS, INDIANA 46202-1000
PHONE: (317) 233-1351 FAX: (317) 233-1355
WWW.CSHCS.IN.GOV



**Indiana State
Department of Health**

Servicios Especiales de Atención Médica para Niños
2 North Meridia Street
Sección 5C
Indianapolis IN 46204
(317) 233-1351 o 1 (800) 475-1355
Cshcs.in.gov