



# **Programa de Apoyo a la Familia (FSP)**

## **Paquete de solicitud**

En vigor el 1.º de abril de 2024

## **Presentación de solicitud para el Programa de Apoyo a la Familia (FSP)**

El Departamento de Asistencia Sanitaria y Servicios Familiares (Department of Healthcare and Family Services, HFS), agencia estatal responsable del Programa de Apoyo a la Familia (Family Support Program, FSP), ha designado a Acentra Health (Acentra) para gestionar la aprobación de las solicitudes. Acentra prestará apoyo administrativo y clínico al FSP, lo que incluye la revisión de las solicitudes al FSP presentadas.

La solicitud del FSP se considerará completa una vez que se reúna toda la documentación indicada en la lista de comprobación de la solicitud del FSP y se presente a Acentra para su revisión. Esto incluye una firma del padre, de la madre o del/de la tutor/a en la Sección 5, Solicitud de determinación de elegibilidad, afirmando que el padre, la madre o el/la tutor/a ha revisado toda la solicitud y da su consentimiento para la presentación de la solicitud al HFS y su designado, Acentra, con el fin de determinar la elegibilidad para el FSP.

El padre, la madre o el tutor del/de la joven pueden presentar las solicitudes del FSP completas o la Organización de Coordinación y Apoyo Asistencial (Care Coordination and Support Organization, CCSO) designada por el/la joven puede presentar esa solicitud en nombre del padre, de la madre o del/de la tutor/a. Puede consultar una lista de las CCSO en el sitio web del HFS, a través del siguiente enlace:

<https://hfs.illinois.gov/medicalclients/behavioral/familysupportprogram.html>

Las solicitudes del FSP pueden presentarse a Acentra de cualquiera de las siguientes formas:

1. Enviando la solicitud por fax al número (800) 418-4039 con el asunto "FSP Application for Review" (Solicitud de revisión del FSP).
2. Creando una cuenta del/de la padre/madre y presentando una solicitud directamente a través de eQSuite en la siguiente dirección web:  
<https://il.eqhs.com/FamilySupportProgram/LOGINPARENTLEGALGUARDIAN.aspx>
3. Trabajando con una Organización de Coordinación y Apoyo Asistencial para presentar la solicitud del FSP a través de eQSuite;
4. Enviando la solicitud por correo a la siguiente dirección:

Acentra Health  
Attn: FSP Technical Coordinator (coordinador técnico de los FSP)  
500 Waters Edge, Suite 125  
Lombard, IL 60148

## Lista de comprobación de la solicitud del FSP

Formulario de solicitud del FSP completo, que incluye cada uno de los siguientes elementos:

- Sección 1: Información general (pág. 4), lo que incluye un número del Seguro Social (Social Security Number, SSN) verificable del/de la joven.

*NOTA: Después de la presentación de la solicitud, Acentra podrá solicitar que se le envíe por fax una copia de la tarjeta del Seguro Social del/de la joven para su verificación. Los/las solicitantes del FSP deben estar preparados para presentar una copia del SSN del/de la joven dentro de los 30 días siguientes a la notificación de Acentra.*

- Sección 2: Información financiera familiar, que incluye:
  - Copia de la declaración de impuestos del padre, de la madre o del/de la tutor/a correspondiente al último año natural si se presentó.
  - Copia de la declaración de impuestos del joven correspondiente al último año natural si se presentó.
- Sección 3: Historial de tratamiento de salud del comportamiento del/de la joven
  - Esta sección debe abarcar al menos los últimos 12 meses de servicios de salud mental, servicios de consumo de sustancias y medicamentos que recibió el/la menor.
- Sección 4: Reconocimiento de las responsabilidades del padre/de la madre o del/de la tutor/a relativas al FSP
- Sección 5: Solicitud de determinación de elegibilidad, lo que incluye:
  - Firmas del padre/de la madre o del/de la tutor/a que verifiquen que revisaron la solicitud para comprobar su exactitud y cumplimentación,
  - Firma del coordinador del FSP del/de la joven si es quien presenta la solicitud.
- Anexo 1: Una copia del certificado de nacimiento del/de la joven.
- Anexo 2: Orden del tribunal que defina la custodia o la tutela no parental (si corresponde).
- Anexo 3: Copia de la evaluación de salud mental actual del/de la joven, fechada en los 180 días siguientes a la presentación de la solicitud.



**FORMULARIO DE SOLICITUD DEL FSP**

1. INFORMACIÓN GENERAL					
<b>Nombre del/de la joven:</b>		<b>N.º de identificación del/de la beneficiario/a:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Sexo:</b>	<b>Idioma principal:</b>	<b>Número de teléfono:</b>	<b>Ciudadano/a de EE. UU.:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Número de personas en el hogar:</b>	
<b>Dirección del/de la joven:</b>		<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>	<b>Condado:</b>
<b>Raza:</b>	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense / nativo/a de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/a / estadounidense de raza negra	<input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawái / otro <input type="checkbox"/> Aborigen de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/a	<input type="checkbox"/> Origen multirracial <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Otro:	<b>Origen étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano/a ni latino/a <input type="checkbox"/> Se desconoce	
<b>Servicios de interpretación:</b>	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Dispositivo de telecomunicaciones para sordos (TDD) / teletipo (TTY) <input type="checkbox"/> Idioma hablado:	<input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas Estadounidense <input type="checkbox"/> Otro:	<b>Estado de la tutela:</b>	<input type="checkbox"/> Propio/a tutor/a <input type="checkbox"/> Padre / madre <input type="checkbox"/> Tutor/a legal	
<b>Información del padre / de la madre / del/de la tutor/a:</b>	<b>Nombre:</b>		<b>Relación con el/la joven:</b> <input type="checkbox"/> Padre / madre <input type="checkbox"/> Tutor/a		<b>Número de teléfono:</b>
	<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>	<b>Condado:</b>
<b>Información del padre / de la madre / del/de la tutor/a:</b>	<b>Nombre:</b>		<b>Relación con el/la joven:</b> <input type="checkbox"/> Padre / madre <input type="checkbox"/> Tutor/a		<b>Número de teléfono:</b>
	<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>	<b>Condado:</b>
<b>Situación de vivienda:</b>	<input type="checkbox"/> Vive solo/a <input type="checkbox"/> Instalación pública (salud mental / discapacidad del desarrollo) <input type="checkbox"/> Desamparado/a <input type="checkbox"/> En prisión o en un centro penitenciario <input type="checkbox"/> Vida independiente <input type="checkbox"/> Entorno residencial / institucional (centro residencial de tratamiento, residencia de ancianos/as con enfermeros/as de plantilla). <input type="checkbox"/> Vive con su(s) padre(s)/madre, parientes o tutor(es)/tutora(s) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hogar de acogida <input type="checkbox"/> Otro:				
<b>Nivel educativo: (último completado)</b>	<input type="checkbox"/> Nunca asistió a la escuela <input type="checkbox"/> 2.º grado <input type="checkbox"/> 5.º grado <input type="checkbox"/> 8.º grado <input type="checkbox"/> 11.º grado <input type="checkbox"/> 1.º grado <input type="checkbox"/> 3.º grado <input type="checkbox"/> 6.º grado <input type="checkbox"/> 9.º grado <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Preescolar / kínder <input type="checkbox"/> 4.º grado <input type="checkbox"/> 7.º grado <input type="checkbox"/> 10.º grado <input type="checkbox"/> Certificado del examen de desarrollo de la enseñanza general (GED)				



<b>Organización de Coordinación y Apoyo Asistencial (CCSO) Información del/de la proveedor/a</b>	<b>Nombre de la agencia</b>	<b>Nombre del/de la coordinador/a del FSP</b>		<b>Número telefónico del/de la coordinador/a del FSP</b>
	<b>Dirección de la agencia</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Código postal</b>	<b>Condado</b>

**2. INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA FAMILIA**

Rellene esta sección en su totalidad, lo mejor que pueda. Si es necesario, adjunte páginas adicionales a esta solicitud.

**Cobertura de seguro del/de la joven** (enumere todos los tipos de seguro, lo que incluye la cobertura de Medicaid / All Kids, si corresponde).

**Nombre de la(s) compañía(s) aseguradora(s):**

**Número(s) de la póliza(s):**

**Costos de la prima: \$**  Semanal  Quincenal  Dos veces al mes  Cada tres meses  Anualmente

<b>¿Es un plan de salud para jubilados/as?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	<b>¿Es un plan COBRA?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	<b>¿Cubre el plan al menos el 60 % de los costos de los beneficios?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
---	--	--

**Indique cualquier propiedad que el padre, la madre, el/la tutor/a o el/la joven posea, como una casa, una casa de vacaciones, una multipropiedad, un edificio o un terreno.**

<b>Nombre del/de la propietario/a</b>	<b>Dirección</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valor actual</b>	<b>Monto adeudado</b>

**¿Posee el padre, la madre, el/la tutor/a o el/la joven alguno de los siguientes recursos? Marque todos los que correspondan.**

<input type="checkbox"/> Negocio	<input type="checkbox"/> Herencia	<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/> Derechos minerales / petrolíferos	<input type="checkbox"/> Pagarés / préstamos
<input type="checkbox"/> Dominio vitalicio	<input type="checkbox"/> Plan funerario / de sepelio	<input type="checkbox"/> Cuenta corriente	<input type="checkbox"/> Cuenta del mercado monetario	<input type="checkbox"/> Compensación diferida
<input type="checkbox"/> Bienes hereditarios	<input type="checkbox"/> Fondos de inversión	<input type="checkbox"/> Certificados de depósito	<input type="checkbox"/> Fondo(s) fiduciario(s)	<input type="checkbox"/> Bonos del Gobierno
<input type="checkbox"/> Anualidad vitalicia	<input type="checkbox"/> IRA / 401K	<input type="checkbox"/> Acciones / bonos	<input type="checkbox"/> Cuenta en residencia de ancianos/as con enfermeros/as de plantilla	<input type="checkbox"/> Hipoteca inversa
<input type="checkbox"/> Parcela(s) de cementerio				

Otros recursos financieros: Enumérelos:

<b>Nombre del/de la propietario/a</b>	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Valor actual</b>	<b>Nombre del banco, compañía, etc.</b>

**Ingresos familiares** (rellenar solo si el/la joven o el padre / la madre / el/la tutor/a no declararon impuestos; si el/la joven o el padre / la madre / el/la tutor/a declararon impuestos, presentar solo los documentos fiscales)

<b>Ingreso del/de la joven en el último año natural:</b>	<input type="checkbox"/> Ingreso bruto ajustado	<input type="checkbox"/> Se adjunta la declaración del impuesto federal más reciente del/de la joven
	<input type="checkbox"/> Neto	<input type="checkbox"/> No se presentó ninguna declaración de impuestos federales en nombre del/de la joven.



**HFS**

Illinois Department of  
Healthcare and Family Services

**Ingreso del/de los padre(s)/de la madre /  
tutor(es)/tutora(s) en el último año natural:**

Ingreso bruto ajustado

Neto

Se adjunta la declaración del impuesto federal más reciente del  
padre / de la madre / tutor/a

No se presentó ninguna declaración de impuestos federales

**Enumere todos los beneficios públicos que recibe actualmente en nombre del/de la joven, sin incluir asistencia médica (All Kids) ni Medicare.**

Tipo	Fecha de entrada en vigor	Monto del beneficio mensual	Beneficiario/a
Seguro Social			
Seguridad de Ingreso Suplementario			
Asistencia estatal en efectivo (es decir, Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF))			
Subsidio por adopción			
Otro:			
Otro:			

**Resume cómo el/los padre(s)/la madre/tutores/as reciben ingresos anualmente.**  No aplica – el/la joven es su propio/a tutor/a

Tipo	Monto actual	Destinatarios/as / beneficiarios/as	Descripción
Empleo			
Inversiones			
Beneficios públicos			
Otro:			

### 3. HISTORIAL DE TRATAMIENTO DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO

Enumere los servicios y apoyos de salud mental y abuso de sustancias que el/la joven ha recibido durante al menos los últimos 12 meses, en las secciones correspondientes a continuación. Adjunte páginas adicionales a esta solicitud si es necesario.

#### Hospitalización psiquiátrica

Nombre del hospital	Ubicación (ciudad y estado)	Fechas de hospitalización	Motivo de la hospitalización

#### Tratamiento residencial / en hogar grupal

Nombre de la instalación	Ubicación (ciudad y estado)	Fechas de tratamiento	Motivo de la admisión (problema que presentó)

#### Servicios / apoyos de salud mental ambulatorios

Nombre del servicio	Nombre del/de la/ proveedor/a	Frecuencia del servicio	Fecha de inicio del servicio	Fecha de finalización del servicio
				<input type="checkbox"/> Servicio en curso
				<input type="checkbox"/> Servicio en curso
				<input type="checkbox"/> Servicio en curso
				<input type="checkbox"/> Servicio en curso
				<input type="checkbox"/> Servicio en curso
				<input type="checkbox"/> Servicio en curso
				<input type="checkbox"/> Servicio en curso
				<input type="checkbox"/> Servicio en curso
				<input type="checkbox"/> Servicio en curso
				<input type="checkbox"/> Servicio en curso
				<input type="checkbox"/> Servicio en curso



Servicios / apoyos ambulatorios para el consumo de sustancias				
Nombre del servicio	Nombre del/de la/ proveedor/a	Frecuencia del servicio	Fecha de inicio del servicio	Fecha de finalización del servicio
				<input type="checkbox"/> Servicio en curso
				<input type="checkbox"/> Servicio en curso
				<input type="checkbox"/> Servicio en curso
				<input type="checkbox"/> Servicio en curso
				<input type="checkbox"/> Servicio en curso

Medicamento(s)					
Enumere todos los medicamentos actuales que toma el/la joven, así como cualquier otro medicamento que haya tomado en los últimos 12 meses. Incluya todos los medicamentos recetados y de venta libre.					
Nombre del medicamento	Médico que lo recetó	Dosis	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Efectos secundarios





#### **4. RECONOCIMIENTO DE LAS RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES O TUTORES DEL PSF (si corresponde)**

La participación en el Programa de Apoyo a la Familia exige que, cuando corresponda, el padre, la madre o el/la tutor/a del/de la joven continúe aceptando cumplir con las responsabilidades como padre, madre o tutor/a del FSP que se describen a continuación. Para completar esta sección:

1. Repase detenidamente cada responsabilidad del padre, de la madre o del/de la tutor/a.
2. Coloque sus iniciales junto a cada requisito para indicar que ha leído y acepta cumplir las normas de participación para el padre, la madre o el/la tutor/a, en caso de que se determine que el/la joven califica para seguir participando en el FSP.
3. Firme y coloque la fecha en este reconocimiento en el espacio correspondiente provisto a continuación.

#### **Responsabilidades del padre, de la madre o del/de la tutor/a del FSP**

Si se determina que el/la joven que busca servicios es elegible para continuar participando en el FSP, acepto:

1. Participar activamente en el tratamiento del/de la joven.  
Iniciales \_\_\_\_\_
2. Ser el/la responsable principal de cualquier obligación financiera asociada con la participación en el programa. Esto puede incluir ser responsable de los servicios no cubiertos por el FSP (como transporte o cualquier equipo necesario).  
Iniciales \_\_\_\_\_
3. Ayudar a identificar y coordinar la financiación de servicios de todas las fuentes disponibles, lo que incluye la cobertura de seguro.  
Iniciales \_\_\_\_\_
4. Ayudar a completar todas las solicitudes para programas de asistencia pública, lo que incluye la asistencia médica del HFS, la Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), los beneficios de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) y otros programas según corresponda.  
Iniciales \_\_\_\_\_
5. Rellenar y enviar todos los formularios y documentos requeridos por el HFS.  
Iniciales \_\_\_\_\_
6. Trabajar con mi coordinador/a del FSP para notificar al HFS acerca de cualquier cambio en lo siguiente:
  - ✓ Los ingresos o activos financieros del padre, de la madre, del/de la tutor/a o del/de la joven.
  - ✓ El nivel de ayuda financiera de fuentes públicas del padre, de la madre, del/de la tutor/a o del/de la joven.
  - ✓ La cobertura de atención médica del/de la joven.
  - ✓ La dirección del padre, de la madre o del/de la tutor/a.
  - ✓ La tutela o custodia legal del/de la joven.
7. En caso de que el/la joven reciba tratamiento en un entorno de tratamiento residencial:
  - ✓ Notificar al HFS todos los activos y fuentes de apoyo financiero público del/de la joven.
  - ✓ Poner a disposición todas las fuentes de apoyo financiero público para el/la joven, lo que incluye entre otras la SSA y la SSI, para que se apliquen a los costos del tratamiento residencial, en la medida prevista por la ley.
  - ✓ Coordinar todas las funciones, procesos y financiación educativos entre el distrito escolar de origen del/de la joven para garantizar el cumplimiento de los requisitos de asistencia a la educación obligatoria por parte del/de la joven mientras esté en tratamiento residencial.
  - ✓ Participar y colaborar con los requisitos del centro de tratamiento residencial para el cuidado del/de la joven, lo que incluye el tratamiento y el alta a la familia y la comunidad.
  - ✓ Cubrir los costos normales y habituales de la paternidad o tutela, lo que incluye: ropa, atención médica, odontológica, gastos personales, imprevistos y costos de transporte hacia y desde el tratamiento residencial.
  - ✓ Aceptar al/a la joven nuevamente en el hogar o ser el/la único/a responsable de establecer la residencia para el/la joven luego de dársele el alta del tratamiento residencial.

#### **Firma**

Nombre en letras de imprenta del padre / de la madre / del/de la tutor/a

Firma

Fecha



## 5. SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

### Certificación del padre/ de la madre / del/de la tutor/a - Al firmar a continuación, confirmo que:

- ✓ Leí toda la información contenida en esta solicitud, la cual es correcta según mi leal saber y entender.
- ✓ Entiendo que las solicitudes incompletas serán devueltas sin ser evaluadas para determinar su elegibilidad.  
Entiendo que si se determina que mi hijo/a es elegible para el FSP, la información confidencial que contiene esta solicitud se compartirá con el/la proveedor/a de la CCSO asignado/a para trabajar con mi familia con el fin de proporcionar u organizar los servicios del FSP. Entiendo que se me notificará el nombre y la información de contacto de mi proveedor/a de la CCSO asignado/a. El tipo de información que se divulgará incluye el nombre de mi hijo/a, información demográfica, mi información de contacto, la información financiera de mi familia y los registros clínicos de mi hijo/a presentados como parte de esta solicitud de FSP.
- ✓ Entiendo que si se determina que mi hijo/a es elegible para el FSP, recibirá 180 días de elegibilidad inicial en el programa.
- ✓ Entiendo que seré responsable de completar un paquete de inscripción continua del FSP dentro de los últimos 30 días del período de elegibilidad de mi hijo/a si deseo que se lo autorice para 180 días adicionales de elegibilidad en el FSP.

### Firme solo en una sección a continuación:

- ✓ He decidido completar esta solicitud SIN la ayuda de mi coordinador/a del FSP. Estoy enviando esta solicitud y toda la documentación de respaldo requerida al Departamento de Asistencia Sanitaria y Servicios Familiares a través de su designado, Acentra, para determinar si soy elegible para el FSP. Entiendo que puedo retirar esta solicitud en cualquier momento poniéndome en contacto con Acentra.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letras de imprenta del padre / de la madre / del/de la tutor/a

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Decidí completar esta solicitud SIN la ayuda de mi coordinador/a del FSP y todo lo que sigue es verdadero y cierto:

- ✓ Mi coordinador/a del FSP ha repasado conmigo los criterios de elegibilidad del FSP.
- ✓ Tuve la oportunidad de hacerle preguntas a mi coordinador/a del FSP sobre el FSP y el proceso de solicitud.
- ✓ Se me informó que tengo derecho a examinar y copiar la información contenida en esta solicitud.
- ✓ Solicito que mi coordinador/a del FSP envíe esta solicitud y toda la documentación justificativa requerida en mi nombre al Departamento de Asistencia Sanitaria y Servicios Familiares a través de su designado, Acentra, para determinar la elegibilidad para el FSP.
- ✓ Entiendo que puedo retirar esta solicitud en cualquier momento poniéndome en contacto con Acentra o con mi coordinador/a del FSP.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letras de imprenta del padre / de la madre / del/de la tutor/a

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Certificación del/de la coordinador/a del FSP - Esta sección debe completarse si el padre/ la madre / el/la tutor/a decide completar esta solicitud con la ayuda de un/a coordinador/a del FSP.

### Al firmar a continuación, confirmo que:

- ✓ Soy el/la coordinador/a de FSP que ayudó al padre / a la madre / al/a la tutor/a a completar esta solicitud del FSP.
- ✓ Repasé los criterios de elegibilidad del FSP con el padre / la madre / el/la tutor/a.
- ✓ Di al padre / a la madre / al/a la tutor/a la oportunidad de hacerme preguntas sobre el FSP y el proceso de solicitud.
- ✓ Informé al padre / a la madre / al/a la tutor/a que tiene derecho a examinar y copiar la información contenida en esta solicitud.
- ✓ El padre / la madre / el/la tutor/a me pidió que presentara esta solicitud y toda la documentación justificativa requerida en su nombre a Departamento de Asistencia Sanitaria y Servicios Familiares a través de su designado, Acentra, para determinar la elegibilidad para el FSP.
- ✓ Informé al padre / a la madre / al/a la tutor/a sobre el proceso para retirar esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letras de imprenta del/de la coordinador/a del FSP

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **ANEXO 1**

### **Copia del certificado de nacimiento del/de la joven.**

Página del título de la Sección.

Coloque esta página del título delante del contenido. Certificado de

## **ANEXO 2**

### **Orden del tribunal que defina la custodia o la tutela no parental (si corresponde).**

Página del título de la Sección.

Coloque esta página del título delante del contenido. Orden del

## **ANEXO 3**

### **Evaluación de salud mental actual (Fechada dentro de los últimos 180 días)**

Página del título de la Sección.

Coloque esta página del título delante del contenido. Evaluación de