



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

## **Paquete de solicitud de autorización de continuación de la inscripción**

En vigor el 1.º de abril de 2024

## **Continuación de la inscripción en el Programa de Apoyo a la Familia (FSP)**

### **Proceso de presentación de solicitud de autorización**

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 brindará apoyo administrativo y clínico al proceso del FSP, lo que incluye la revisión de las solicitudes de autorización de continuación de la inscripción en el FSP.

El paquete de solicitud de autorización de continuación de la inscripción en el FSP se considerará completo una vez que se reúna toda la documentación enumerada en la Lista de verificación de solicitud de autorización de inscripción continua en el FSP y se envíe a Acentra para su revisión. Esto incluye una firma del/de la joven o del/de la tutor/a legal del/de la joven, cuando corresponda, en la Sección 4, Solicitud de determinación de elegibilidad continua, que certifique que el/la joven o el/la tutor/a legal ha revisado todo el paquete y da su consentimiento para el envío del paquete al HFS a través de su designado, Acentra, con el propósito de determinar la elegibilidad continua para el Programa de Apoyo a la Familia.

Las solicitudes de autorización de continuación de la inscripción en el FSP solo pueden presentarse a Acentra durante los últimos 30 días del período de elegibilidad de 180 días del FSP del/de la joven.

El/la coordinador/a del FSP puede enviar los paquetes de solicitud de autorización de continuación de la inscripción en el FSP a Acentra a través de eQSuite en la siguiente dirección web:

<https://il.eqhs.com/FamilySupportProgram/LOGINPROVIDERSONLY.aspx>

## **Lista de verificación para la solicitud de autorización de inscripción continua del FSP**

Formulario de solicitud de autorización de continuación de la inscripción en el FSP cumplimentado que incluya cada uno de los siguientes elementos:

- Sección 1: Información general
- Sección 2: Información financiera de la familia, lo que incluye los siguientes datos, según corresponda:
  - Copia de la declaración de impuestos del/de la tutor/a legal correspondiente al último año natural, si se presentó.
  - Copia de la declaración de impuestos del/de la joven correspondiente al último año natural, si se presentó.

Nota: Solo es necesario presentar las declaraciones de impuestos si se presentaron nuevas declaraciones federales desde la solicitud inicial del/de la joven o la continuación de la inscripción más reciente.

- Sección 3: Reconocimiento de las responsabilidades del padre/de la madre o del/de la tutor/a relativas al FSP
  - Esta sección solo es necesaria si el/la joven tiene un tutor legal.
- Sección 4: Solicitud de determinación de elegibilidad continua, lo que incluye:
  - Firmas del/de la joven o del/de la tutor/a legal de este indicando que revisó la solicitud para comprobar su exactitud y cumplimentación; y,
  - Firma del/de la coordinador/a del FSP del/de la joven si es él/ella quien presenta la solicitud.
- Copia de la evaluación individual y del plan de tratamiento actuales del/de la joven, actualizado dentro de los 180 días anteriores a la presentación del paquete de revisión de continuación de la inscripción en el FSP.
- Si ocurrió un cambio en la custodia o tutela desde la última revisión de elegibilidad del FSP: orden del Tribunal que define la custodia o tutela no parental.



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE CONTINUACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN EL 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"/> Desamparado/a <input type="checkbox"/> Vida independiente <input type="checkbox"/> Vive con su(s) padre(s)/madre, parientes o tutor(es)/tutora(s) <input type="checkbox"/> Hogar de acogida					
		<input type="checkbox"/> Instalación pública (salud mental / discapacidad del desarrollo) <input type="checkbox"/> En prisión o en un centro penitenciario <input type="checkbox"/> Entorno residencial / institucional (centro residencial de tratamiento, residencia de ancianos/as con enfermeros/as de plantilla). <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>

<b>2. INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA FAMILIA</b>				
Rellene esta sección en su totalidad, lo mejor que pueda. Si es necesario, adjunte páginas adicionales a esta solicitud.				
<b>Cobertura de seguro del/de la joven</b> (enumere todos los tipos de seguro, lo que incluye la cobertura de Medicaid / All Kids, si corresponde).				
<b>Nombre de la compañía(s) aseguradora(s):</b>			<b>Número(s) de la póliza(s):</b>	
<b>Costos de la prima: \$</b> <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Anual mente				
<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	
<b>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>				
<b>Nombre del/de la propietario/a</b>	<b>Dirección</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valor actual</b>	<b>Monto adeudado</b>
<b>¿Posee el padre, la madre, el/la tutor/a o el/la joven alguno de los siguientes recursos? Marque todos los que correspondan.</b>				
<input type="checkbox"/> Negocio	<input type="checkbox"/> Herencia	<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/> Derechos minerales / petrolíferos	<input type="checkbox"/> Pagars / 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)

<p><b>Ingreso del/de la joven en el último año natural:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso bruto ajustado</p> <p><input type="checkbox"/> Neto</p>	<p><input type="checkbox"/> Se adjunta la declaración del impuesto federal más reciente del/de la joven</p> <p><input type="checkbox"/> No se presentó ninguna declaración federal de impuestos en nombre del/de la joven/ no se presentaron nuevas declaraciones federales de impuestos</p>
<p><b>Ingreso del/de los padre(s)/de la madre / tutor(es)/tutora(s) en el último año natural:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso bruto ajustado</p> <p><input type="checkbox"/> Neto</p>	<p><input type="checkbox"/> Se adjunta la declaración del impuesto federal más reciente del padre / de la madre / tutor(es)/tutora(s)</p> <p><input type="checkbox"/> No se presentó ninguna declaración federal de impuestos / no se presentaron nuevas declaraciones federales de impuestos</p>

**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/tutor(es)/tutora(s) reciben ingresos anualmente.**  N/A – el/la joven es su propio/a tutor/a

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



**3. RECONOCIMIENTO DE LAS RESPONSABILIDADES DE LA PADRE, DE LA MADRE O DEL/DE LA TUTOR(A) 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.

**Nota: Si el/la joven es su propio/a tutor/a, no es necesario completar esta sección ni enviarla como parte del paquete de solicitud de continuación de la inscripción en el FSP.**

**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:  
Iniciales \_\_\_\_\_
  - ✓ 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



#### 4. Solicitud de determinación de elegibilidad continua, lo que incluye:

##### Declaración del/de la joven / del/de la tutor/a legal

###### Al firmar a continuación, confirmo que:

- ✓ Leí toda la información contenida en este paquete, la cual es correcta según mi leal saber y entender.
- ✓ Entiendo que las solicitudes incompletas para la continuación de la inscripción en el FSP no se revisarán para determinar la elegibilidad continua en el FSP.
- ✓ Tuve la oportunidad de hacer preguntas a mi coordinador/a del FSP sobre el proceso de solicitud de continuación de la inscripción en el FSP.
- ✓ Estoy enviando este paquete y toda la documentación justificativa requerida al Departamento de Asistencia Sanitaria y Servicios Familiares a través de su designado, Acentra, a fin de determinar mi elegibilidad continua en el FSP. Entiendo que puedo retirar esta solicitud en cualquier momento poniéndome en contacto con Acentra.
- ✓ Entiendo que si se determina que el/la joven es elegible para continuar participando en el FSP, la información confidencial sobre el/la joven se compartirá con el CCSO asignado para trabajar con mi familia con el fin de proporcionar u organizar los servicios del FSP. El tipo de información que se divulgará incluye el nombre del/de la joven, información demográfica, mi información de contacto, la información financiera de mi familia y los registros clínicos del/de la joven presentados como parte de este paquete.
- ✓ Entiendo que si se determina que el/la joven es elegible para continuar participando en el FSP, recibirá 180 días de elegibilidad continua para el programa. Entiendo que seré responsable de completar un Paquete de continuación de la inscripción en el FSP dentro de los últimos 30 días del próximo período de elegibilidad del/de la joven si deseo que se lo autorice por 180 días adicionales de elegibilidad en el FSP.

Nombre en letras de imprenta del/de la  
joven / del/de la tutor(a) legal

Firma

Fecha

##### Certificación del/de la coordinador/a del FSP - Al firmar a continuación, confirmo que:

- ✓ Soy el/la coordinador/a de FSP que ayudó al/a la joven o al/a la tutor/a legal del/de la joven a completar este paquete de solicitud de elegibilidad continua en el FSP.
- ✓ Repasé los criterios de elegibilidad continua en el FSP de la página 2 con el/la joven o al/a la tutor/a legal del/de la joven según corresponda.
- ✓ Le di al/a la joven o al/a la tutor/a legal del/de la joven, según corresponda, la oportunidad de hacerme preguntas sobre el proceso de solicitud de continuación de la inscripción en el FSP.
- ✓ Informé al/a la joven o al/a la tutor/a legal del joven, según corresponda, que tiene derecho a examinar y copiar la información contenida en esta solicitud.
- ✓ Informé al/a la joven o al/a la tutor/a legal del/de la joven, según corresponda, sobre el proceso para retirar esta solicitud.

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

Firma

Fecha





**HFS**

Illinois Department of  
Healthcare and Family Services

## **Anexo 1**

### **Evaluación individual y plan de tratamiento actuales**

Página del título de la Sección.

Coloque esta página del título delante del contenido. Evaluación individual y plan de



**HFS**

Illinois Department of  
Healthcare and Family Services

## **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 Tribunal