

CUC LOMN Request

Office use only

Date received: ____/____/____ By: _____ MRN: _____

Completed by: _____ Date: ____/____/____

Patient Name: _____

(One child per form)

DOB: ____/____/____

Parent/Guardian's name: _____

Phone #: (____) _____

Please note:

- There is **no guarantee** your insurance company will approve your request. They make the determination **not** your child's provider.
- The insurance company **has the right** to ask for documentation of your work hours or child's health history.
- The review of your request may take the provider **7 business days**.

What medical condition(s) does your child have that requires a Home Health Aide (HHA)?

If your child attends daycare/school, please provide the name. How many hours do they attend? Do they have an IEP?

Does your child receive services from speech, occupational/physical therapy? If so, who provides these services?

List the specific functions the HHA would perform that are different from the routine care your child receives. Include child's needs, feeding schedule, toileting routines, etc.

List any specialized equipment or medical devices your child uses.

Provide the specific hours that you are requesting an HHA (e.g. times and days of the week). How long will you need these services?

Why are you or another caregiver in the home unable to be present to provide care? Are you requesting to be your child's HHA?

Who else lives at home (all adults and children), and their birthdates. Do any of the other children in the home have special needs or an HHA?

Provide the work schedules for all adults in the household.

CUC LOMN Request

Office use only

Date received: ____/____/____ By: _____ MRN: _____

Completed by: _____ Date: ____/____/____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Un niño por formulario)

Nombre del Padre/Tutor: _____ Teléfono #: (____) _____

Tenga en cuenta:

1. No hay **garantía de** que su compañía de seguros apruebe su solicitud. Ellos toman la determinación, **no** el proveedor de su hijo.
2. La compañía de seguros **tiene derecho** a solicitar documentación de sus horas de trabajo o el historial de salud de su hijo.
3. La revisión de su solicitud puede demorar al proveedor **7 días hábiles**.

¿Qué afección(es) médica(s) tiene(n) su hijo que requiere un asistente de salud en el hogar (HHA)?

Si su hijo asiste a la guardería o escuela, proporcione el nombre. ¿Cuántas horas asisten? ¿Tienen un IEP?

¿Su hijo recibe servicios de terapia del habla, ocupacional o física? En caso afirmativo, ¿quién presta estos servicios?

Enumere las funciones específicas que realizaría la HHA que son diferentes de la atención de rutina que recibe su hijo. Incluya las necesidades del niño, el horario de alimentación, las rutinas para ir al baño, etc.

Haga una lista de todos los equipos o dispositivos médicos especializados que usa su hijo.

Proporcione las horas específicas en las que está solicitando una HHA (por ejemplo, horas y días de la semana). ¿Por cuánto tiempo necesitará estos servicios?

¿Por qué usted u otro cuidador en el hogar no puede estar presente para brindar atención? ¿Está solicitando ser el HHA de su hijo?

Quién más vive en casa (todos los adultos y niños) y sus fechas de nacimiento. ¿Alguno de los otros niños en el hogar tiene necesidades especiales o una HHA?

Proporcione los horarios de trabajo de todos los adultos del hogar.