

**SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y/O PRUEBAS DE
COMPETENCIA DE ASISTENTE DE ENFERMERÍA CON LICENCIA O ASISTENTES DE
ENFERMERÍA CON MEDICAMENTOS**

IMPORTANTE: Complete todas las preguntas y lea las instrucciones adjuntas

Indique para qué programa de capacitación o prueba de competencia
solicita el reembolso (debe marcar una opción):

Asistente de enfermería con licencia (LNA) Asistente de enfermería con medicamentos (MNA)

Sección A: a completarse por el solicitante (Escriba de forma clara en imprenta)

Nombre, inicial del 2.º nombre y apellido _____

Fecha de nacimiento (obligatoria) _____ Teléfono n.º _____ Teléfono celular n.º _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de licencia del asistente de enfermería _____

Nombre del programa de capacitación de LNA o MNA aprobado y/o pruebas de competencia _____

Fecha de comienzo _____ Fecha de finalización _____ Fecha de la prueba _____

Nombre del centro de enfermería de New Hampshire (NH) en el que trabaja, trabajaba o trabajará _____

Estoy solicitando un reembolso financiero por el monto de \$ _____, que es el importe pagado por la
capacitación de LNA o MNA o la prueba de competencia que fue completada con éxito.

**AVISO: Se requiere lo siguiente: una copia de un recibo desglosado en el que figure el nombre del solicitante
y, si corresponde, del tercero pagador, una descripción del programa de capacitación y/o de la prueba de
competencia, el monto pagado por cada programa de capacitación y/o prueba de aptitud, y una copia del
certificado en el que figure la fecha de finalización con éxito.**

Marque la casilla que corresponda e indique lo(s) monto(s) abonado(s):

- He pagado la totalidad del costo del programa de capacitación y/o de las pruebas de competencia.
 Un tercero pagó la totalidad del costo del programa de capacitación y/o de las pruebas de competencia.
 He compartido el costo del programa de capacitación y/o las pruebas de competencia con un tercero.
Pagué \$ _____ por la capacitación y/o las pruebas de competencia de LNA o MNA
Un tercero pagó \$ _____ por la capacitación y/o las pruebas de competencia de LNA o MNA

Monto total pagado por el solicitante \$ _____ Monto total pagado por terceros \$ _____

**Doy fe de que la información proporcionada anteriormente es precisa y que soy, he sido o seré empleado por
el centro de enfermería mencionado anteriormente.**

Firma del solicitante _____ Fecha _____

IMPORTANTE: El tercero pagador debe completar la sección B si solicita un reembolso

Sección B: a completarse por el tercero pagador (si corresponde)

Nombre del tercero pagador _____ Teléfono n.º _____

Dirección _____

Estoy solicitando un reembolso financiero por el monto de \$ _____, que es el importe pagado por el
programa de capacitación de LNA o MNA y/o la prueba de competencia del solicitante indicado
anteriormente. He adjuntado un recibo desglosado por separado que contiene la misma información que se requiere
en la sección a anterior, incluida la documentación del pago de cada programa de capacitación y/o prueba de
competencia. **Doy fe de que la información proporcionada anteriormente es precisa y que he pagado los
montos indicados anteriormente para la capacitación de LNA o MNA del solicitante mencionado anteriormente.**

Firma del tercero pagador

Fecha

Sección C: A ser completada por el administrador del centro de enfermería de NH

Nombre del solicitante _____ Fecha de contratación/oferta de LNA o MNA _____

Nombre del centro de enfermería de NH _____

Situación del solicitante			
<input type="checkbox"/> está empleado actualmente	<input type="checkbox"/> estuvo empleado	<input type="checkbox"/> ha recibido una oferta de empleo como LNA	<input type="checkbox"/> ha recibido una oferta de empleo como MNA

Mediante mi firma a continuación, doy fe de que la información proporcionada anteriormente es precisa.

Nombre del administrador del centro de enfermería registrado _____ Firma del administrador del centro de enfermería registrado _____ Fecha _____

Número de teléfono _____ Número de licencia del centro de enfermería (obligatorio) _____

Sección D: A completarse por la Oficina de Servicios para Adultos y Ancianos (BAAS)

He verificado que se han cumplido los requisitos de competencia de reembolso de LNA o MNA para este solicitante, que las licencias de LNA o MNA del solicitante están activas y que la solicitud, formulario de la BAAS 292, está completa.

Nombre y cargo del representante de la BAAS _____ Firma del representante de la BAAS _____ Fecha _____

Sección E: A completarse por la Oficina de Finanzas del DHHS

Por favor, procese el pago por el monto de:

Total para el solicitante \$ _____	Parte de pago de LNA \$ _____	Parte de pago de MNA \$ _____
Total a un tercero \$ _____	Parte de pago de LNA \$ _____	Parte de pago de MNA \$ _____

Fecha del cheque _____ Número del cheque _____

Información del segundo cheque (si corresponde): Fecha del cheque _____ Número del cheque _____

Nombre y cargo del representante de finanzas _____ Firma del representante de finanzas _____ Fecha _____

Envíe la solicitud completada con los anexos requeridos a:
Department of Health and Human Services Bureau of Adult and Aging Services
Attn: Nursing Assistant Reimbursement
105 Pleasant Street, Concord, NH 03301-3857

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llame a la BAAS al 603-271-9203 o al 1-800-852-3345 Ext.19203.

Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

**INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE LA BAAS 292
"SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y/O PRUEBAS DE
COMPETENCIA DE ASISTENTE DE ENFERMERÍA CON LICENCIA O ASISTENTES DE ENFERMERÍA CON
MEDICAMENTOS"**

Objetivo

El formulario de la BAAS 292 es utilizado por personas físicas y/o terceros pagadores para solicitar el reembolso financiero de la Oficina de Servicios para Adultos y Ancianos (BAAS) para el programa de capacitación y/o pruebas de competencia de Asistente de Enfermería con Licencia (LNA) o Asistente de Enfermería con Medicamentos (MNA). El reembolso financiero está disponible para un LNA o MNA que:

- Haya completado un programa de capacitación de LNA o MNA y/o aprobado con éxito la prueba de competencia aprobada por la Junta de Enfermería de NH;
- Haya completado el programa de capacitación requerido y/o la prueba de competencia no más de 12 meses antes de la fecha de contratación en el centro de enfermería; y
- **Es, fue o será empleado por un centro de enfermería autorizado** como LNA o MNA.

Aviso: El empleo en otros tipos de centros de atención médica, incluidos, entre otros, centros de vida asistida, centros de atención residencial, programas de cuidados paliativos, hospitales y agencias de atención médica a domicilio, no es reembolsable.

Los terceros pagadores son elegibles para el reembolso si han pagado la capacitación de un LNA o MNA que cumpla los criterios mencionados anteriormente.

Autoridad/Fundamento legal

He-E 804 Reembolso de capacitación de asistente de enfermería con licencia y de asistente de enfermería con medicamentos; RSA 161:4-a, IX; 42 USC1396r.

Versiones traducidas

El formulario de la BAAS n.º 292 también está disponible en español.

Instrucciones

Sección A: Solicitante: Por favor, lea detenidamente:

Para recibir el reembolso, el solicitante solo deberá completar la sección A y luego entregar la solicitud al administrador del centro de enfermería donde el solicitante está, estuvo o estará empleado, o a un tercero pagador, si corresponde.

- 1. Deberán adjuntarse al documento recibo(s) detallado(s) que muestre(n) el monto que el LNA, MNA y/o tercero pagó por el programa de capacitación y/o prueba de competencia.**
 - El recibo deberá llevar impreso el nombre y la dirección del programa de capacitación y/o del centro de pruebas de competencia. Solo son elegibles para reembolso los costos relacionados con la asistencia al programa de capacitación y/o las pruebas de competencia que el LNA o MNA haya pagado con sus fondos personales.
 - No se reembolsarán los gastos de comprobación de antecedentes penales, uniformes, insignias, etc.
 - El recibo detallado que verifique el pago del programa de capacitación y/o de las pruebas de competencia puede ser uno de los siguientes: una declaración de una página que muestre el monto cobrado y el monto pagado por el LNA o MNA, un recibo de un pago en efectivo, copias de ambas caras de un cheque utilizado para realizar el pago y prueba de que el pago ha pasado por el banco, o una copia de un pago con tarjeta de crédito.
- 2. Deberá adjuntarse un certificado de superación del programa de capacitación y/o de las pruebas de competencia. El certificado deberá incluir la fecha en la que el LNA o MNA completó con éxito el programa de capacitación y/o las pruebas de competencia.**

Sección B: Tercero pagador (si corresponde)

Si un tercero pagó por el programa de capacitación o la prueba de competencia y desea ser reembolsado, el tercero pagador deberá completar la Sección B de la solicitud.

Deberán adjuntarse a la solicitud recibo(s) detallado(s) que muestre(n) el costo que el tercero pagó por el programa de capacitación y/o prueba de competencia.

Sección C: Administrador del centro de enfermería de NH

El administrador del centro de enfermería completa la sección C de la solicitud para certificar que el solicitante es, fue o será empleado por el centro como LNA o MNA y envía por correo la solicitud completa con el/los recibo(s) detallado(s) requerido(s) y el certificado de finalización a:

**Department of Health and Human Services
Bureau of Adult and Aging Services
Attn: Nursing Assistant Reimbursement
105 Pleasant Street, Concord, NH 03301-3857**

Conservación

Tanto la Oficina de Finanzas como el BAAS conservan una copia del Formulario de la BAAS 292 durante 3 años a partir de la fecha de finalización (3YC).