

Formulario EI-05

Fecha del día de hoy

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento del niño/a

Nombre del padre/la madre

Número del EIDS

Consentimiento para usar el seguro para los servicios de Intervención temprana

Uso del seguro privado

Mi coordinador/a de servicios me ha explicado la regla del "sistema de pagos" y otros costos potenciales en los que podría incurrir al usar mi seguro privado para pagar por los servicios de Intervención temprana: copagos, deducibles, primas o costos a largo plazo, como la pérdida de beneficios a brechas de la póliza de seguro respecto de la cobertura del seguro de salud anual o de por vida. He recibido una notificación por escrito de estos costos potenciales y de mis derechos. Comprendo que, al dar mi consentimiento para el uso de mi seguro privado, el estado pagará los copagos y deducibles de las primeras 55 unidades de los servicios de Intervención temprana en un año del Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP), si se determina que me encuentro en condiciones de pagar. El estado pagará los copagos y deducibles de todas las unidades de servicios de Intervención temprana si se determina que no estoy en condiciones de pagar.

Doy mi consentimiento para que mi seguro privado cubra los servicios de Intervención temprana (EI)

Sí

No

No tengo seguro privado

Número de la póliza de seguro principal

Fecha de comienzo

Fecha de finalización

Nombre de la compañía del seguro de salud

Nombre del asegurado

Número de la póliza de seguro secundaria

Fecha de comienzo

Fecha de finalización

Nombre de la compañía del seguro de salud

Nombre del asegurado

Firma del padre/la madre

Fecha

Uso del seguro público

Mi coordinador/a de servicios me ha explicado las reglas del sistema de pagos de la Intervención temprana. He recibido una notificación escrita de mis derechos y entiendo que no hay costos potenciales por usar los beneficios de Medicaid para servicios de EI.

Doy mi consentimiento para compartir la información de carácter personal de mi hijo/a (información que sirve para identificar a mi hijo/a) con el proveedor de servicios de Intervención temprana en el Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP) y la agencia de Medicaid para fines de facturación.

Sí

No

Mi hijo/a no está cubierto/a por el seguro de Medicaid

Número de destinatario de Medicaid/Núm. de facturación

Firma del padre/la madre

Fecha