

Formulario EI-15

Fecha del día de hoy _____

Nombre del niño/a _____

Fecha de nacimiento del niño/a _____

Nombre del padre/la madre _____

Número del EIDS _____

Determinación para la elegibilidad del padre/madre para pagar los servicios de Intervención temprana

Documentación (solo se requiere un elemento)

(A) Tarjeta de Medicaid Ohio

(B) Tarjeta del programa WIC de Ohio

(C) Ingresos del padre/la madre

Ingresos del padre/la madre

semanal (52)

cada dos semanas (26)

mensual (12)

dos veces por mes (24)

tamaño de la familia: _____

Fecha(s) de talón de pago _____

Monto(s) bruto(s) _____

Ingresos del padre/la madre

semanal (52)

cada dos semanas (26)

mensual (12)

dos veces por mes (24)

tamaño de la familia: _____

Fecha(s) de talón de pago _____

Monto(s) bruto(s) _____

Ingresos anuales totales _____

¿Son los ingresos familiares menores o iguales a la elegibilidad para niños no asegurados de Healthy Start? (206 % del Nivel de Pobreza Federal)

Sí

No

<https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>

Iniciales del padre/la madre

Elegí no compartir mi información financiera y entiendo que, según OAC 5123:10-03 (D), seré responsable de pagar el costo de los servicios de Intervención temprana por encima de las 55 unidades de financiación pública.

He visto y examinado la documentación que proporcionó el padre/la madre según OAC 5123:2-10-03 (D) y he determinado que el padre/la madre no puede puede pagar los servicios de Intervención temprana.

Nombre del coordinador/a de servicios de Intervención temprana (EI)

Fecha

Firma del coordinador/a de servicios de Intervención temprana (EI)

He revisado la información en este formulario y mi coordinador/a de servicios me ha explicado la determinación de si puedo o no pagar por los servicios de Intervención temprana.

Firma del padre/la madre

Fecha