

Formulario EI-16

Para uso exclusivo del coordinador/a de servicios

El (fecha/dentro de los 30 días de firmado el IFSP), se envió este fomulario a DODD junto con los formularios EI-04 EI-05 EI-15

Fecha del día de hoy _____ Nombre del niño/a _____
 Número del EIDS _____ Fecha de nacimiento del niño/a _____

Pago de los servicios de Intervención temprana

Nombre del padre/la madre			Nombre del padre/la madre		
Dirección			Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Número de seguro social			Número de seguro social		
Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo		Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	
Correo electrónico			Correo electrónico		
Dirección del niño/a			Condado		
Ciudad	Estado	Código postal	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

Servicios de IFSP de Intervención temprana recomendados (agregue páginas de ser necesario)

Categoría del servicio	Nombre y dirección del proveedor	Frecuencia	Fuente del pago

Firma del coordinador/a de servicios		Fecha	Correo electrónico del coordinador/a de servicios		
Nombre del coordinador/a de servicios		Nombre de la agencia		Número de teléfono	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	

Autorizo por la presente al coordinador/a de servicios que figura a continuación para enviar esta solicitud al Departamento de discapacidades del desarrollo de Ohio para pagar por los servicios del niño/a que se menciona en esta solicitud.

Nombre del padre/la madre _____ Firma del padre/la madre _____ Fecha _____

Para uso único de DODD

Aprobado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	55 unidades iniciales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solicitud de servicios adicionales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gastos médicos extraordinarios cubiertos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de aplicación	Fecha de vencimiento
Personal de DODD _____				Fecha _____	