

Formulario EI-17

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

Nombre del padre/la madre _____ Número del EIDS _____

Hoja de gastos médicos extraordinarios

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 _____

Puede encontrar estimaciones para ingresos familiares de 210 % a 401 % o más según el Nivel Federal de Pobreza (FPL) en <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>.

_____ x _____ = _____
Ingresos anuales Gastos médicos extraordinarios (EME) Gastos médicos de desembolso por cuenta propia

Calculé el monto anticipado de los gastos médicos de desembolso por cuenta propia en base a los niveles federales de pobreza más recientes según lo determina el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, publicados en el registro federal. He compartido esta información con el padre/la madre. El Departamento de Discapacidades del Desarrollo (DODD) usará esta información para realizar una determinación final de los gastos médicos extraordinarios de la familia.

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

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