

# Formulario EI-18

## Hoja de seguimientos de los gastos médicos familiares de desembolso por cuenta propia

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño/a \_\_\_\_\_

Ingreso anual familiar \_\_\_\_\_

Año del Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP) \_\_\_\_\_

Gastos médicos de desembolso por cuenta propia del formulario E-17 \_\_\_\_\_

**Para que el coordinador/a de servicios de Intervención temprana (EI) presente ante el Departamento de Discapacidades del Desarrollo (DODD):**

 Sí

 No

¿Los formularios de Intervención temprana EI-15, EI-16, EI-17 están adjuntos al Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP)?

Número de recibo	Fecha en la que se realizó el pago	El pago se realizó por	Monto de los gastos médicos	Monto pagado por usted (Adjunte recibos por montos mayores a \$100)



Nombre del niño/a \_\_\_\_\_

Número de recibo	Fecha en la que se realizó el pago	El pago se realizó por:	Monto de los gastos médicos	Monto pagado por usted (Adjunte recibos por montos mayores a \$100)

**Para uso único del programa**

¿Se cubrieron los gastos médicos de desembolso por cuenta propia?

Sí       No

\_\_\_\_\_   
 Iniciales autorizadas del Departamento