

Formulario EI-05

Fecha de hoy

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento
del niño/a

Número de ETID

Consentimiento para usar el seguro para los servicios de intervención temprana

Uso del seguro privado

Mi coordinador de servicios me ha explicado la regla del "sistema de pagos" y los costos potenciales en que puedo incurrir cuando uso mi seguro privado para pagar los servicios de intervención temprana, por ejemplo, copagos, deducibles, primas o costos a largo plazo, como la pérdida de beneficios debido a los límites de la póliza de seguro respecto de la cobertura de seguro de salud anuales 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 100 unidades de los servicios de intervención temprana en un año del 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 Sí No No tengo seguro privado intervención temprana

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

Nombre del padre/la madre

Firma(s) del padre/la madre

Fecha

Uso del seguro público

Mi coordinador de servicios me ha explicado la regla de pago del sistema de servicios de intervención temprana. He recibido una notificación por escrito de mis derechos y comprendo que no hay costos potenciales por usar los beneficios de Medicaid para los servicios de intervención temprana.

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 individualizado de servicios para la familia (IFSP) y la agencia estatal de Medicaid para fines de facturación.

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

Número de destinatario de Medicaid/Número de facturación

Nombre(s) del padre/la madre

Firma(s) del padre/la madre

Fecha



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention