

# Formulario EI-15

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_

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

Número de ETID \_\_\_\_\_

## Determinación de la capacidad del padre/la madre para pagar los servicios de intervención temprana

### Documentación (solo se requiere un elemento)

(A) Tarjeta de Medicaid  
de Ohio

(B) Tarjeta del Programa  
WIC de Ohio

(C) Ingresos del padre/la madre

Iniciales del  
padre/la  
madre \_\_\_\_\_

Entiendo que proporcionar información sobre mis ingresos le permitirá al coordinador/a de servicios de intervención temprana (Early Intervention, EI) determinar si soy elegible para otros recursos basados en los ingresos. Sin embargo, he decidido no compartir mi información financiera y entiendo que, de acuerdo con la Norma 5123:10-03 (D) del Código Administrativo de Ohio (Ohio Administrative Code, OAC), seré responsable de pagar el costo de los servicios de intervención temprana después de las primeras 100 unidades financiadas con fondos públicos.

Ingresos del padre/la madre:  Semanal (52)  Quincenal (26)  Mensual (12)  Bimestral (24) Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_

Fecha(s) del talón de pago: \_\_\_\_\_

Monto(s) bruto(s) \_\_\_\_\_

Ingresos del padre/la madre:  Semanal (52)  Quincenal (26)  Mensual (12)  Bimestral (24) Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_

Fecha(s) del talón de pago: \_\_\_\_\_

Monto(s) bruto(s) \_\_\_\_\_

Ingresos anuales totales: \_\_\_\_\_

¿Son los ingresos familiares inferiores o iguales a la elegibilidad para niños/as no asegurados/as de Healthy Start? (206 % FPL) <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments> Sí  No

He visto y examinado la documentación que proporcionó el padre/la madre de acuerdo con lo dispuesto en la Norma 5123:2-10-03 (D) del OAC 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 \_\_\_\_\_

Revisé la información incluida en este formulario y mi coordinador/a de servicios me explicó la determinación de si puedo o no pagar por los servicios de intervención temprana. Recibí una copia del folleto sobre el Sistema de pago de los servicios de intervención temprana de Ohio ([ohioearlyintervention.org/printed-materials](https://ohioearlyintervention.org/printed-materials)). Comprendo que tengo opciones de resolución de conflictos si presento un reclamo acerca de los servicios de intervención temprana.

Nombre(s) del padre/la madre \_\_\_\_\_

Firma(s) del padre/la madre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



**Department of  
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention