

Formulario EI-17

Fecha de hoy _____

Nombre del niño/a _____

Fecha de nacimiento
del niño/a _____

Número de ETID _____

Hoja de gastos médicos extraordinarios

Nombre del padre/la madre: _____

Ingresos del semanal (52) cada dos semanas (26) mensual (12) bimestral (24)
padre/la Tamaño de la familia: _____
madre:

Fecha(s) del talón(es) de pago _____

Monto(s) bruto(s) _____

Ingresos del semanal (52) cada dos semanas (26) mensual (12) Bimestral (24)
padre/la Tamaño de la familia: _____
madre:

Fecha(s) del talón(es) de pago _____

Monto(s) bruto(s) _____

Ingresos anuales totales: _____

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

_____	x	_____	=	_____
Ingresos anuales totales		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. Compartí esta información con el padre/la madre. El Departamento de Niños y Jóvenes (Department of Children and Youth (DCY)) usará esta información para tomar una determinación final de los gastos médicos extraordinarios de la familia.

Nombre del coordinador de servicios de Intervención temprana _____

Fecha _____

Firma del coordinador de servicios de intervención temprana _____



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention