Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

Consentimiento de Sistema ESIT de Pagos y Tasas (SOPAF) Ayuda a las familias con Medicaid/Apple Health for Kids CHIP

ESIT System of Payments and Fees (SOPAF) Consent Families with Medicaid/Apple Health for Kids CHIP

Fecha _____ Agencia proveedora ESIT _____

Nombre de personal FRC/ESIT _____ Número de teléfono_____

Sección A: Información de identificación

Nombre legal del niño _____ Fecha de nacimiento_____

Nombre de pariente/tutor 1 _____ Fecha de nacimiento_____

Nombre de pariente/tutor 2 _____ Fecha de nacimiento_____

Sección B: Información de seguro

Tipo de seguro	Nombre del seguro	Número de política
Medicaid/Apple Health for Kids CHIP		
Seguro privado TRICARE		

Sección C: Consentimiento para facturar a Medicaid o Apple Health for Kids CHIP (Marque todo lo que corresponda)

☐ **Doy permiso** para que mi(s) proveedor(es) de servicios ESIT presente(n) reclamaciones a Medicaid o Apple Health for Kids CHIP para la evaluación y/o valoración inicial y continua y todos los servicios ESIT facturables en el Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP) de mi hijo sujeto a la Participación en los Costes Familiares (FCP). Estos servicios se prestarán sin coste alguno para mi familia.

☐ **Rechazo** el acceso a Medicaid o Apple Health for Kids CHIP, y al rechazar el acceso entiendo que puedo ser responsable de una cuota mensual de participación.

☐ **Dispongo tanto de Medicaid como de TRICARE o de un seguro privado y doy permiso** para que mi(s) proveedor(es) de servicios ESIT presente(n) reclamaciones a mis prestaciones públicas y a mi seguro privado para la evaluación y/o valoración inicial y continua, y todos los servicios ESIT facturables del IFSP de mi hijo sujetos a FCP. Estos servicios se prestarán sin coste alguno para mi familia.

Por la presente afirmo que:

- He proporcionado información en este formulario de forma completa y precisa.
- Acepto notificar a mi proveedor ESIT cualquier cambio en mis prestaciones públicas.
- No se me pidió que me inscribiera en Medicaid/Apple Health for Kids/CHIP.
- Soy responsable de cualquier prima relacionada con mi Apple Health for Kids/CHIP.
- Entiendo que al consentir el acceso a mis prestaciones públicas mi información personal identificable será compartida con Medicaid.
- Entiendo que puedo denegar el acceso a mis prestaciones públicas y negarme a compartir mi información personal identificable con Medicaid.
- Si dispongo tanto de prestaciones públicas como de un seguro privado, entiendo que mis prestaciones públicas tienen derecho a recuperar los costes de mi compañía de seguros. También entiendo que debo completar el resto de secciones correspondientes de este formulario.

Firma(s) de parientes/tutores

Firma de pariente/tutor _____ Fecha _____

Firma de pariente/tutor _____ Fecha _____