



## Programa de Apoyo Temprano para Infantes y Niños Pequeños (ESIT)

DEL 11-019a (8/13)

### Notificación Previa por Escrito, Consentimiento para Acceder al Seguro Público y/o Privado, y Formulario de Verificación de Ingresos y Gastos

Fecha:		Programa de Intervención Temprana – LLA o Proveedor:	
Nombre del FRC:		Teléfono del FRC:	

#### Sección A: Información de identificación

Nombre legal del niño:				Fecha de nacimiento	
	Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	del niño:	xx/xx/xxxx
Nombre(s) del padre/tutor:				Teléfono:	

#### Sección B: Notificación Previa por Escrito sobre la Cobertura de Atención a la Salud Pública y Privada y Consentimiento para los servicios sujetos a la Participación en los Costos de la Familia (Completado por el padre - Marcar todas las opciones que correspondan)

##### B.1. Apple Health for Kids/Medicaid (Cobertura de Atención a la Salud Pública)

- Autorizo** a los proveedores de ESIT a enviar los reclamos a Apple Health for Kids/Medicaid (mi cobertura de atención a la salud pública) por los servicios de intervención temprana de IDEA Parte C que se proporcionarán de acuerdo con el Plan de Servicios Familiares Individualizados (IFSP, por sus siglas en inglés) de mi niño. Autorizo a ESIT a revelar información de identificación personal a Apple Health/Medicaid con el fin de solicitar el pago de beneficios. Entiendo que si tengo cobertura/seguro de atención a la salud privado, Apple Health/Medicaid tendrá el derecho de recuperar los costos de mi compañía de seguros. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándole a mi Coordinador de Recursos Familiares (FRC, por sus siglas en inglés).
- Entiendo** que los proveedores de intervención temprana obtendrán mi consentimiento si el acceso a Apple Health for Kids/Medicaid produce alguno de los siguientes efectos:
- Una disminución en la cobertura de por vida disponible o en cualquier otro beneficio asegurado para mi niño u otros miembros de la familia
  - El pago por servicios que, de otro modo, habrían sido pagados por Medicaid
  - Un aumento en las primas o la cancelación de Medicaid para mi niño o para otros miembros de la familia
  - El riesgo de que mi niño u otros miembros de la familia pierdan la elegibilidad para exenciones por servicios de asistencia en el hogar y en la comunidad en base a los costos totales relacionados con la salud.
- No autorizo** a los proveedores de ESIT a enviar los reclamos a Apple Health/Medicaid por los servicios de intervención temprana de IDEA Parte C que se proporcionarán de acuerdo con el IFSP de mi niño. Debido a esta decisión, entiendo que debo completar las Secciones C y D de este formulario a fin de establecer mi Cargo Mensual. Si no completo las Secciones C y D de este formulario, entiendo que se me asignará al nivel más alto en el Plan de Cargos Mensuales de acuerdo con el tamaño de la familia.

<b>Acepto los términos de la opción de pago que he elegido y reconozco haber recibido la Norma del Sistema de Pagos y Cargos</b> Firma(s) del padre/tutor:	Fecha:
---	--------

**B.2. Cobertura/Seguro de Atención a la Salud Privado**

Nombre del seguro primario:		Póliza N.º:		Grupo N.º:	
Nombre del seguro secundario:		Póliza N.º:		Grupo N.º:	

- Me han informado** las características generales de los costos en que mi familia podría incurrir como resultado del uso de mi cobertura/seguro de atención a la salud privado para los servicios de intervención temprana de IDEA Parte C, como por ejemplo:
- Copagos, coaseguro, primas o deducibles
  - Costos a largo plazo, como pérdida de beneficios debido a los límites anuales o de por vida del seguro bajo la póliza de seguro de la familia
  - La posibilidad de que el uso del seguro pueda afectar negativamente la disponibilidad de la cobertura del seguro de la familia
  - La posibilidad de que la cobertura de seguro pueda interrumpirse debido al pago de los servicios de intervención temprana de la Parte C
  - La posibilidad de que las primas del seguro puedan verse afectadas por el uso del seguro privado para pagar los servicios de intervención temprana
- Doy mi consentimiento** para que los proveedores de ESIT envíen los reclamos a mi cobertura/seguro de atención a la salud privado por los servicios de intervención temprana de IDEA Parte C que se proporcionarán de acuerdo con el IFSP de mi niño. Autorizo a ESIT a revelar información de identificación personal a mi cobertura/seguro de atención a la salud privado con el fin de solicitar el pago de los beneficios. Autorizo a mi cobertura/seguro de atención a la salud privado a realizar los pagos al proveedor de ESIT. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándole a mi Coordinador de Recursos Familiares (FRC, por sus siglas en inglés).
- No doy mi consentimiento** para que los proveedores de ESIT envíen los reclamos a mi cobertura/seguro de atención a la salud privado por los servicios de intervención temprana de la Parte C que se proporcionarán de acuerdo con el IFSP de mi niño. Entiendo que deberé pagar estos servicios en base al Plan de Cargos Mensuales y los criterios. Entiendo que debo completar las Secciones C y D de este formulario a fin de establecer mi Cargo Mensual. Si no completo las Secciones C y D de este formulario, entiendo que se me asignará al nivel más alto en el Plan de Cargos Mensuales de acuerdo con el tamaño de la familia.
- Renuncio a completar** las Secciones C y D de este formulario y entiendo que eso significa que seré responsable por todos los copagos, coaseguro y deducibles que se deriven del uso de mi cobertura de atención a la salud privada.

**Acepto los términos de la opción de pago que he elegido y reconozco haber recibido la Norma del Sistema de Pagos y Cargos**

Firma(s) del padre/tutor:

Fecha:

**B.3. Sin Cobertura de Atención a la Salud Pública o Privada**

- Me han informado** que se me cobrará un Cargo Mensual basado en el tamaño de mi familia y en los ingresos debido a que yo no tengo cobertura de seguro privado ni público (Apple Health for Kids/Medicaid) que me ayude a pagar los servicios de intervención temprana de IDEA Parte C que se proporcionarán de conformidad con el IFSP de mi niño.

**Acepto los términos de la opción de pago que he elegido y reconozco haber recibido la Norma del Sistema de Pagos y Cargos**

Firma(s) del padre/tutor:

Fecha:

**Sección C: Documentación utilizada para verificar los ingresos anuales (completada por el padre/la madre)**

Todas las familias que solicitan la determinación de la incapacidad para pagar o todas las familias que solicitan que se les asigne al Plan de Cargos Mensuales en base al tamaño de la familia y los ingresos anuales ajustados deberán proporcionar una constancia de ingresos. (Tenga en cuenta que solo se necesitará un tipo de documento para demostrar los ingresos.)

Tipo de documentación: Elija solamente uno		Ingresos anuales totales del grupo familiar:
<input type="checkbox"/>	Trabajadores independientes no asalariados. Incluya el último formulario de impuestos 1040 del IRS.	
<input type="checkbox"/>	Últimos dos (2) recibos de sueldo consecutivos (ingresos brutos)	
<input type="checkbox"/>	Monto semanal	
<input type="checkbox"/>	Monto quincenal	
<input type="checkbox"/>	Monto mensual	
<input type="checkbox"/>	Último(s) formulario(s) W2 y/o 1099 ( <i>Formulario W2=línea 1; 1099=total de las líneas 1, 2 y 3</i> )	
<input type="checkbox"/>	Comprobante por escrito de salarios o sueldos adjunto (debe incluir el nombre de la compañía o del empleador, la dirección, el número de teléfono y la firma del supervisor o de un miembro del personal de recursos humanos).	

**Sección D: Gastos anuales permitidos (completado por el padre/la madre)**

Usted debe proporcionar documentación con este formulario por los gastos **no reembolsados** incurridos por el niño y/u otros miembros de la familia **durante los últimos doce meses o el año fiscal anterior.**

Categorías de gastos anuales no reembolsados permitidos	Monto del gasto
Gastos médicos, dentales y de salud mental, incluidas las primas, coaseguro, deducibles y servicios no cubiertos	
Atención a la Salud en el Hogar proporcionada por una agencia de Salud en el Hogar con licencia	
Pagos de manutención de niños/pensión alimenticia	
Costos por el cuidado de niños incurridos para ir a trabajar o estudiar	
<b>GASTOS ANUALES PERMITIDOS TOTALES</b>	

<b>Cantidad total de personas en el grupo familiar (Tamaño de la Familia):</b>	
--	--

**Sección E: Ingresos anuales ajustados y determinación de la incapacidad para pagar (completado por el personal de FRC o EIS)**

Información sobre ingresos, gastos y cargos mensuales		
1.	Ingresos anuales totales (según lo documentado en la Sección C):	
2.	Gastos anuales permitidos (según lo documentado en la Sección D):	
3.	Exención de gastos anual (Línea 1 - Ingresos anuales totales multiplicado por 0.10 o 10%):	
4.	Gastos anuales totales permitidos (Línea 2 menos Línea 3; si la cantidad en la Línea 3 es mayor que la cantidad en la Línea 2, ingresar 0 en la Línea 4):	
5.	Ingresos ajustados para la asignación al Plan de Cargos Mensuales (Línea 1 menos Línea 4):	

Cumple con los criterios de incapacidad para pagar si la Línea 5 es inferior al 200% del Nivel de Pobreza Federal para el tamaño de la familia			
<input type="checkbox"/>	Sí - Para familias con o sin seguro, la familia no estará obligada a pagar copagos, coaseguro, deducible ni Cargo Mensual. Los fondos de IDEA Parte C o de otra agencia pueden ser utilizados para cubrir estos gastos.	<input type="checkbox"/>	No - Para familias con seguro, la familia paga los copagos, coaseguro y deducibles
		<input type="checkbox"/>	No - Para familias sin seguro o familias que rechazan el acceso a su seguro, la familia es asignada al Plan de Cargos Mensual.  Cargo Mensual: _____

**Sección F: Confirmación del padre**

Por medio del presente, afirmo que la información proporcionada, revisada y documentada en este formulario es precisa y completa a mi leal saber y entender.

Firma(s) del padre/tutor:	Fecha:
---------------------------	--------

**Sección G: Revisión del Formulario de Verificación de Ingresos y Gastos por parte del Personal**

Revisado por:

Firma de un miembro del personal de FRC o EIS:	Nombre en letra de imprenta:	Fecha:
--	------------------------------	--------