

**SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO Y LOS PADRES**

Nombre del Niño:	Fecha de Nacimiento:	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE BRIDGES:
Nombre del Padre:	Fecha: Completado:	Fecha de Revisión:

**SECCIÓN 2: COBERTURA DE MEDICAID :**

**SÍ SI RESPONDE SÍ, COMPLETE LA SECCIÓN 2**  **NO SI RESPONDE NO, PASE A LA SECCIÓN 3**

La Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) exige que se facture a Medicaid por los servicios de su Plan de Servicios Familiares Individualizados si su hijo es elegible tanto para los beneficios de IDEA/Parte C como para los de Medicaid. No es necesario que solicite los beneficios de Medicaid como condición para ser elegible para IDEA/Parte C.

Número de Medicaid del niño:

Nombre de la Organización de Atención Administrada de Medicaid (MCO) (si corresponde):

*Firma del padre o madre* *Fecha*

**SECCIÓN 3: COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO PRIVADO:**

**SÍ SI RESPONDE SÍ, COMPLETE LA SECCIÓN 3 Y 4**  **NO SI RESPONDE NO, PASE A LA SECCIÓN 5**

**NOTA:** Si tiene un seguro privado y Medicaid, usted **debe** dar su consentimiento para facturar a su seguro privado por los servicios de su Plan de Servicio Familiar Individualizado, y poner las iniciales en 'S' en todos los reconocimientos y consentimientos a continuación.

Iniciales de los padres		Reconocimientos y Consentimientos
Sí	No	
		He recibido una copia de la Notificación por Escrito relacionada con el Seguro Privado/Medicaid y el Sistema de Pólizas de Pago, así como la Notificación a los Padres sobre los Derechos y Garantías Familiares.
		Doy permiso a los Proveedores de Servicios de Intervención Temprana (EIS) para que facturen a la(s) compañía(s) de seguros indicada(s) a continuación por los servicios del Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) de mi hijo, y para que compartan la información (por ejemplo, diagnóstico, fechas de servicio, tipos de servicio, etc.) necesaria para asegurar el pago de estos servicios. Entiendo que IDEA/Parte C cubrirá la mayoría de los copagos, la responsabilidad financiera asociada con cualquier deducible, y otros coaseguros asociados con los servicios del IFSP de mi hijo, pero no se responsabiliza por el pago de mis primas de seguro médico. Entiendo que este consentimiento se aplica a todos los servicios de mi IFSP a menos que se indique lo contrario.
		Entiendo que si recibo un pago del seguro directamente por los servicios de IDEA/Parte C, soy responsable de enviar inmediatamente dichos pagos al proveedor de EIS que proporcionó el servicio.
		Notificaré inmediatamente a mi Coordinador de Servicios de cualquier cambio en el seguro médico de mi hijo o en la cobertura de Medicaid.
		Entiendo que mi Coordinador de Servicios es responsable de asegurarse de que los proveedores de EIS en mi IFSP reciban una copia de este formulario y actualizará el sistema de datos para notificar a los proveedores de EIS de cualquier cambio en el seguro de salud de mi hijo/coertura de Medicaid.
		<i>Firma del padre o madre</i> <span style="float: right;"><i>Fecha</i></span>

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO PRIVADO Y EXCEPCIONES DE CONSENTIMIENTO			
SEGURO PRIMARIO		SEGURO SECUNDARIO	
Nombre del Titular de la Póliza:		Nombre del Titular de la Póliza:	
Relación con el Niño:		Relación con el Niño:	
Dirección del Titular de la Póliza:		Dirección del Titular de la Póliza:	
Compañía de Seguros:		Compañía de Seguros:	
Número Telefónico:		Número Telefónico:	
Dirección del reclamo:		Dirección del reclamo:	
Número de Miembro:	Nombre del Plan:	Número de Miembro:	Nombre del Plan:
Número de Grupo:	Fecha de Entrada en Vigor:	Número de Grupo:	Fecha de Entrada en Vigor:
Empleador:		Empleador:	
Dirección:		Dirección:	
<b>SOLO SEGURO PRIVADO: Si existe cualquier servicio que <u>no</u> quiere que se facture a su seguro privado, indique el servicio o servicios y escriba sus iniciales a continuación.</b>			
SERVICIOS DE IDEA/PARTE C EN MI IFSP		INICIALES DEL PADRE	
<b>SECCIÓN 5: SIN COBERTURA DE SEGURO:</b> <b>Mi hijo <u>no está cubierto por un seguro médico privado o Medicaid en este momento</u> y estoy de acuerdo en informar a mi coordinador de servicios acerca de cualquier cambio en el seguro médico de mi hijo o en la cobertura de Medicaid cuando ocurra.</b>			
<i>Firma del padre o madre</i>		<i>Fecha</i>	
<b>SECCIÓN 6: FIRMA DEL COORDINADOR DE SERVICIOS Y AGENCIA:</b>			
<i>Firma del Coordinador de Servicios</i>		<i>Fecha</i>	
<i>Agencia de Coordinación de Servicios</i>			