Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

Consentimiento de Sistema ESIT de pagos y tasas (SOPAF)
Familias con Tricare, Seguro privado o sin seguro
ESIT System of Payments and Fees (SOPAF) Consent
Families With Tricare, Private Insurance, or No Insurance

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 _____Teléfono_____

Nombre de pariente/tutor 2 _____Teléfono_____

Sección B: Información de seguro

Tipo de seguro	Nombre del seguro	Número de política

Sección C: Consentimiento para facturar al seguro (Marque todo lo que corresponda u omita la sección D si no tiene seguro)

☐ **Doy permiso** para que mi(s) Proveedor(es) de Servicios ESIT presente(n) reclamaciones a mi TRICARE y/o seguro privado para evaluaciones y valoraciones iniciales y continuas para determinar la elegibilidad de mi hijo para los Servicios ESIT, y entiendo que no seré responsable de ningún copago, coseguro o deducible.

☐ **Doy permiso** para que mi(s) Proveedor(es) de Servicios ESIT presente(n) reclamaciones a mi TRICARE y/o seguro privado para los servicios del Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP) de mi hijo sujeto a la Participación en los Costes Familiares (FCP) y entiendo que seré responsable de cualquier copago, coseguro o deducible a menos que se haya determinado mi incapacidad para pagar o se me haya aprobado una exención por dificultades económicas.

O

☐ **Rechazo el uso de** mi TRICARE y/o seguro privado para evaluaciones y valoraciones iniciales y continuas para determinar la elegibilidad de mi hijo para los Servicios ESIT, y entiendo que no seré responsable de ningún copago, coseguro o deducible.

☐ **Rechazo el uso de** mi TRICARE y/o seguro privado para los servicios del IFSP de mi hijo sujetos a FCP y entiendo que seré responsable de una cuota de participación mensual a menos que se haya determinado mi incapacidad para pagar o se me haya aprobado una exención por dificultades económicas.

Y

☐ . Me han informado de las categorías generales de costes en los que mi familia puede incurrir como resultado de utilizar mi TRICARE y/o seguro privado para evaluaciones y valoraciones, y servicios del IFSP

de mi hijo sujetos a FCP, como por ejemplo:

- ☐ Copagos, coseguros, primas o deducibles,
- ☐ Pérdida de prestaciones debido a los topes anuales o vitalicios de seguros,
- ☐ La improbable posibilidad de que:
  - ☐ El uso del seguro pueda afectar negativamente a la disponibilidad de cobertura,
  - ☐ La cobertura pueda interrumpirse, y/o
  - ☐ Las primas se vean afectadas.

☐ Me han informado de que las categorías generales de coste pueden aumentar como resultado de un incremento en la frecuencia/largo/duración/intensidad de un servicio, cuando se utilice mi TRICARE y/o seguro privado para pagar los servicios del IFSP de mi hijo sujetos a FCP.

☐ Se me ha hecho saber que si deseo una estimación detallada de los costes potenciales, puedo pedir a mi Coordinador de Recursos Familiares (FRC) que me ayude a obtener esa información o puedo ponerme en contacto directamente con mi proveedor de seguros.

Sección D: Sin seguro (Marque todo lo que corresponda u omita la sección E si ha rellenado la sección C)

☐ Mi familia no tiene seguro y **entiendo que**:

- ☐ Las evaluaciones y valoraciones iniciales y continuas se prestarán sin coste alguno para mi familia.
- ☐ Puedo ser responsable de una cuota de participación mensual por los servicios del IFSP de mi hijo sujetos a FCP a menos que se haya determinado mi incapacidad para pagar o se me haya aprobado una exención por dificultades económicas.

Sección E: Capacidad de pago

Entiendo que tengo derecho a que se determine mi capacidad de pago y que, si se rechaza, seré responsable de mis copagos, coseguros y deducibles. Comprendo que, si se rechaza inicialmente, puedo solicitar una determinación de la capacidad de pago en cualquier momento

☐ Solicito una determinación de capacidad de pago.

☐ Rechazo una determinación de capacidad de pago.

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 mi cobertura de seguros.
- Soy responsable de cualquier prima relacionada con mi TRICARE o seguro privado.
- Mi FRC me ha explicado el SOPAF y me ha dado una copia de la política del SOPAF.
- Si dispongo tanto de prestaciones públicas como de seguro privado. Entiendo que mis prestaciones públicas tienen derecho a recuperar los costes de mi compañía de seguros.

Firma(s) de parientes/tutores

Firma de pariente/tutor _____ Fecha _____

Firma de pariente/tutor _____ Fecha _____