



DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES (DCYF)

Orientación para padres adoptivos Autorización previa para los servicios

Adoptive Parent Counseling Preauthorization For Services

Sección I: Debe ser completado por los padres adoptivos (en letra de imprenta)			
NOMBRE LEGAL DEL MENOR EN EL PROGRAMA (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)		FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE DE PADRE/MADRE	NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
INFORMACIÓN SOBRE LA SOLICITUD DE SERVICIO: TIPO DE SERVICIO SOLICITADO		BRINDADO POR: NOMBRE DEL PROVEEDOR	
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE LA FAMILIA 1		COMPAÑÍA DE SEGUROS DE LA FAMILIA 2	
NOMBRE DE LA EMPRESA	NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE DE LA EMPRESA	NÚMERO DE PÓLIZA
DIRECCIÓN		DIRECCIÓN	
¿El seguro de la familia cubre el servicio solicitado que se menciona anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió sí, ¿cuánto dinero?:			
Estoy solicitando el servicio como padre/madre.			
FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE ADOPTIVO	DATE	FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE ADOPTIVO	DATE
Sección II: Debe ser completado por el proveedor (en letra de imprenta)			
Orientación para padres adoptivos:			
FECHA DE INICIO DEL SERVICIO	El servicio consistirá de un total de _____ sesiones. \$ _____ / hora		
FECHA DE FINALIZACIÓN DEL SERVICIO	O La tarifa máxima total por el servicio es \$ _____		
INSTRUCCIONES DE FACTURACIÓN Cuando corresponda, se debe facturar primero a la compañía de seguros. Al enviar las facturas, indique el monto que el seguro ha pagado o denegado. Se debe adjuntar una explicación de beneficios del seguro a la factura. Los servicios no cubiertos por Medicaid deben ser autorizados previamente por un administrador del Programa de apoyo para la adopción en este formulario y mediante una remisión al servicio antes de iniciar los servicios. Las facturas de servicios no cubiertos por Medicaid deben enviarse por correo electrónico a: ASProfessionalSvcs@dcyf.wa.gov o por correo postal a Payment Integrity Unit, P.O. Box 45710, Olympia, WA 98504.			
FIRMA DEL PROVEEDOR		CREDENCIALES	
NOMBRE DEL PROVEEDOR EN LETRA DE IMPRENTA		NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
		IDENTIFICACIÓN DE CONTRIBUYENTE DEL PROVEEDOR	
Sección III: Debe ser completado por el administrador del programa (en letra de imprenta)			
1. <input type="checkbox"/> Programa de apoyo para la adopción		SÍ NO COMENTARIOS	
2. ¿Se ha utilizado seguro médico?		<input type="checkbox"/>	
3. ¿Se han utilizado otros recursos disponibles? ...		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4. Servicio solicitado aprobado			
		FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA	FECHA DE FINALIZACIÓN DEL SERVICIO

ENVÍE TODAS LAS COPIAS DEL FORMULARIO COMPLETADO AL PROGRAMA DE APOYO PARA LA ADOPCIÓN (ADOPTION SUPPORT PROGRAM, ASP). EL ASP ENTREGARÁ LAS COPIAS AL PROVEEDOR Y A LA FAMILIA ADOPTIVA.