



Apoyos Tempranos a Bebés y Niños (ESIT)

Formulario de aviso previo por escrito, consentimiento para el acceso a seguros públicos y/o privados, y verificación de ingresos y gastos

Fecha:		Programa de Intervención Temprana - ALL o Proveedor:	
Nombre del FRC:		Teléfono del FRC:	

Sección A: Información de identificación

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

Sección B: Aviso previo por escrito de cobertura pública y privada de servicios de salud y consentimiento para servicios sujetos a participación de la familia en el costo (contestado por uno de los padres - marque todos los que correspondan)

B.1. Apple Health para Niños/Medicaid (cobertura pública de servicios de salud)

- Otorgo mi permiso** para que los proveedores de ESIT presenten reclamaciones a Apple Health para Niños/Medicaid (mi cobertura pública de servicios de salud) por servicios de intervención temprana de la Parte C de IDEA que se prestarán de acuerdo con el IFSP de mi hijo(a). Autorizo a ESIT a divulgar identificación que nos identifica personalmente a Apple Health/Medicaid con el fin de solicitar el pago de beneficios. Entiendo que si cuento con cobertura o seguro privado de servicios de salud, Apple Health/Medicaid tiene derecho a recuperar costos de mi aseguradora. Entiendo que puedo revocar este permiso en cualquier momento dando aviso a mi coordinador de recursos de la familia.
- Entiendo** que los proveedores de intervención temprana obtendrán mi consentimiento si el acceso a Apple Health para Niños/Medicaid tendrá como resultado alguna de las siguientes situaciones:
 - Una reducción en la cobertura disponible de por vida u otro beneficio asegurado para mi hijo(a) u otros miembros de la familia
 - Que tenga que pagar por servicios que de otra manera hubieran sido pagados por Medicaid
 - Cualquier aumento en las primas o la cancelación de Medicaid para mi hijo(a) u otros miembros de la familia
 - Riesgo de pérdida de la elegibilidad de mi hijo(a) o de otros miembros de la familia para exenciones basadas en el hogar y en la comunidad con base en los costos totales relacionados con la salud.
- No otorgo mi permiso** para que los proveedores de ESIT presenten reclamaciones a Apple Health/Medicaid por servicios de intervención temprana de la Parte C de IDEA que se prestarán de acuerdo con el IFSP de mi hijo(a). Entiendo que, debido a esta decisión, debo contestar las secciones C y D de este formulario para establecer mi cuota mensual. De no contestar las secciones C y D de este formulario, entiendo que se me colocará en el nivel más elevado de la tabla de cuotas mensuales para el tamaño de mi familia.

Acepto los términos de la opción de pago que he elegido y reconozco que he recibido la Política de sistema de pagos y cuotas. Firma del padre/madre/tutor:	Fecha:
--	--------

FORMULARIO DE AVISO PREVIO, CONSENTIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE INGRESOS/GASTOS DE SOFAC FCP

B.2. Cobertura o seguro privado de servicios de salud

Nombre de la aseguradora principal:

N° de póliza:

N° de grupo:

Nombre de la aseguradora secundaria:

N° de póliza:

N° de grupo:

- Se me ha informado** de las categorías generales de costos que mi familia puede incurrir como resultado del uso de mi cobertura o seguro privado de servicios de salud para los servicios de intervención temprana de la Parte C de IDEA, tales como:
 - Copagos, coaseguros, primas o deducibles
 - Costos a largo plazo, tales como la pérdida de beneficios debido a topes anuales o de por vida en los términos de la póliza de seguro de la familia
 - La posibilidad de que el uso del seguro pueda afectar negativamente la disponibilidad de la cobertura de seguro de la familia
 - La posibilidad de que la cobertura de seguro pueda ser cancelada debido al pago de los servicios de intervención temprana de la Parte C
 - El potencial para que las primas de seguro se vean afectadas por el uso del seguro privado para pagar los servicios de intervención temprana
- Otorgo mi consentimiento** para que los proveedores de ESIT presenten reclamaciones a mi cobertura o seguro privado de servicios de salud por servicios de intervención temprana de la Parte C de IDEA que se prestarán de acuerdo con el IFSP de mi hijo(a). Autorizo a ESIT a divulgar identificación que nos identifica personalmente a mi cobertura o seguro privado de servicios de salud con el fin de solicitar el pago de beneficios. Autorizo a mi cobertura o seguro privado de servicios de salud a hacer pagos al proveedor de ESIT. Entiendo que puedo revocar este permiso en cualquier momento dando aviso a mi coordinador de recursos de la familia.
- No otorgo mi consentimiento** para que los proveedores de ESIT presenten reclamaciones a mi cobertura o seguro privado de servicios de salud por servicios de intervención temprana de la Parte C que se prestarán de acuerdo con el IFSP de mi hijo(a). Entiendo que seré responsable del pago de dichos servicios con base en la tabla de cuotas mensuales y sus criterios. Entiendo que debo contestar las secciones C y D de este formulario para establecer mi cuota mensual. De no contestar las secciones C y D de este formulario, entiendo que se me colocará en el nivel más elevado de la tabla de cuotas mensuales para el tamaño de mi familia.
- Renuncio a contestar** las secciones C y D de este formulario y entiendo que esto significa que seré responsable por todos los copagos, coaseguros y deducibles que sean resultado del uso de mi cobertura privada de servicios de salud.

Acepto los términos de la opción de pago que he elegido y reconozco que he recibido la Política de sistema de pagos y cuotas.

Fecha:

Firma del padre/madre/tutor:

B.3. Sin cobertura pública ni privada de servicios de salud

- Se me ha informado** que se me cobrará una cuota mensual basada en el tamaño de mi familia y mis ingresos debido a que no cuento con cobertura de servicio pública (Apple Health para Niños/Medicaid) ni privada que ayude a pagar los servicios de intervención temprana de la Parte C de IDEA que se prestarán de acuerdo con el IFSP de mi hijo(a).

Acepto los términos de la opción de pago que he elegido y reconozco que he recibido la Política de sistema de pagos y cuotas.

Fecha:

Firma del padre/madre/tutor:

FORMULARIO DE AVISO PREVIO, CONSENTIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE INGRESOS/GASTOS DE SOFAC FCP

Sección C: Documentación utilizada para confirmar los ingresos anuales (contestada por uno de los padres)

Todas las familias que soliciten una determinación de incapacidad de pago y todas las familias que soliciten ser colocadas en la tabla de cuotas mensuales con base en el tamaño de su familia y en sus ingresos anuales ajustados tendrán que proporcionar comprobantes de ingresos. (Tome en cuenta que sólo se necesitará un tipo de documento para demostrar sus ingresos).

Tipo de documento: Seleccione solamente uno		Ingreso anual total de la familia:
<input type="checkbox"/>	Trabajo independiente y otros ingresos que no sean sueldos. Incluya su formulario de impuestos IRS 1040 más reciente.	
<input type="checkbox"/>	Últimos dos (2) recibos consecutivos de nómina (ingresos brutos)	
	<input type="checkbox"/> Monto semanal	
	<input type="checkbox"/> Monto catorcena	
	<input type="checkbox"/> Monto mensual	
<input type="checkbox"/>	W2(s) y/o 1099(s) más recientes (Formulario W2=renglón 1; 1099=suma de los renglones 1, 2 y 3)	
<input type="checkbox"/>	Declaración escrita de salario o sueldo anexa (debe incluir el nombre de la compañía o del empleador, su dirección, su número de teléfono y la firma de su jefe directo o del encargado de recursos humanos).	

Sección D: Gastos anuales permisibles (contestada por uno de los padres)

Debe entregar con este formulario documentación de los gastos no reembolsados que haya incurrido para el niño y/u otros miembros de la familia durante los últimos doce meses o el año fiscal anterior.

Categorías de gastos anuales permisibles no reembolsados	Monto del gasto
Gastos médicos, dentales y de salud mental, incluyendo primas, copagos, coaseguros, deducibles y servicios no cubiertos	
Servicios de salud en el hogar provistos por una agencia autorizada de servicios de salud en el hogar	
Pagos de manutención de niños o manutención conyugal	
Costos de cuidado infantil incurridos para trabajar o asistir a la escuela	
GASTOS ANUALES PERMISIBLES TOTALES	

Número total de personas que viven en el hogar (tamaño de la familia):	
--	--

FORMULARIO DE AVISO PREVIO, CONSENTIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE INGRESOS/GASTOS DE
SOFAC FCP

Sección E: Ingreso anual ajustado y determinación de incapacidad de pago (contestada por el FRC o personal de EIS)

Información sobre ingresos, gastos y cuotas mensuales		
1.	Ingreso anual total (documentado en la Sección C):	
2.	Gastos anuales permisibles (documentados en la Sección D):	
3.	Exención para gastos anuales (Renglón 1 - Ingreso anual total multiplicado por 0.10 o 10%):	
4.	Gastos anuales permisibles totales (Renglón 2 menos renglón 3: si el renglón 3 es mayor que el renglón 2, escriba 0 en el renglón 4):	
5.	Ingreso ajustado para colocación en tabla de cuotas mensuales (Renglón 1 menos renglón 4):	

Cumple con los criterios de incapacidad de pago si el renglón 5 está por debajo del 200% del nivel federal de pobreza para el tamaño de su familia.			
<input type="checkbox"/>	Sí - En el caso de familias con o sin seguro, la familia no tendrá que pagar copagos, coaseguros, deducibles ni cuotas mensuales. Estos costos pueden cubrirse usando fondos de la Parte C de IDEA o de otra agencia.	<input type="checkbox"/>	No - En el caso de familias con seguro, la familia paga los copagos, coaseguros y deducibles
		<input type="checkbox"/>	No - En el caso de familias sin seguro o de familias que nieguen el acceso a su seguro, la familia se coloca en la tabla de cuotas mensuales. Cuota mensual: _____

Sección F: Confirmación del padre/madre

Por este medio afirmo que la información proporcionada, revisada y documentada en este formulario es veraz y exacta en la medida de mi conocimiento.

Firma del padre/madre/tutor:	Fecha:
------------------------------	--------

Sección G: Revisión del personal del formulario de verificación de ingresos y gastos

Revisado por:

Firma del FRC o del personal de EIS:	Nombre en letra de molde:	Fecha:
--------------------------------------	---------------------------	--------

FORMULARIO DE AVISO PREVIO, CONSENTIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE INGRESOS/GASTOS DE
SOFAC FCP

