



**Apoio Precoce para Bebês e Crianças Pequenas (ESIT)**  
Early Support for Infants & Toddlers (ESIT)

**Aviso Prévio por Escrito, Consentimento para Acesso a Seguros Públicos e/ou Privados,**

Data:		Programa de Intervenção Precoce – LLA ou Prestador:	
Nome do(a) FRC:		Telefone do(a) FRC:	

**Seção A: Dados de Identificação**

Nome Legal da Criança:				Data de nascimento da criança	xx/xx/xxxx
	Último	Primeiro	Meio		
Nome(s) dos pais/responsáveis:				Telefone:	

**Seção B: Aviso Prévio por Escrito e Consentimento de Cobertura de Assistência Médica Pública e Privada para serviços sujeitos à Participação da Família nos Custos (Preenchido pelos Pais - Marque todas as opções aplicáveis)**

**B.1. Apple Health for Kids / Medicaid (Cobertura de Saúde Pública)**

- Autorizo** os provedores do ESIT a enviarem reivindicações à Apple Health for Kids/Medicaid (minha cobertura de assistência médica pública) para os serviços de intervenção precoce da IDEA Parte C que serão prestados de acordo com o IFSP do(a) meu/minha filho(a). Autorizo a ESIT a divulgar dados de identificação pessoal à Apple Health/Medicaid para solicitar o pagamento de benefícios. Entendo que, se eu tiver cobertura/seguro de saúde privado, a Apple Health/Medicaid tem o direito de recuperar os custos da minha seguradora. Entendo que posso revogar essa permissão a qualquer momento, notificando meu/minha Coordenador(a) de Recursos da Família.
- Entendo** que os provedores de intervenção precoce obterão meu consentimento se o acesso ao Apple Health for Kids/Medicaid resultar em qualquer um dos seguintes casos:
  - Diminuição na cobertura vitalícia disponível ou qualquer outro benefício segurado para meu/minha filho(a) ou outros membros da famílias
  - Resultar no pagamento de serviços que, de outra forma, teriam sido pagos pelo Medicaid
  - Resultar em qualquer aumento nos prêmios ou cancelamento do Medicaid para meu/minha filho(a) ou outros membros da família
  - Colocar em risco a elegibilidade para meu/minha filho(a) ou outros membros da família para dispensas domiciliares e comunitárias com base nos custos totais relacionados à saúde.
- Não autorizo** os provedores do ESIT a enviarem reivindicações à Apple Health/Medicaid para os serviços de intervenção precoce IDEA Parte C que serão prestados de acordo com o IFSP do(a) meu/minha filho(a). Devido a esta decisão, entendo que devo preencher as Seções C e D deste formulário para estabelecer minha Mensalidade. Se eu não preencher as Seções C e D deste formulário, entendo que serei alocado(a) no nível mais alto da Tabela de Mensalidades com base no tamanho da família.

<b>Concordo com os termos da opção de pagamento que escolhi e confirmo o recebimento da Política do Sistema de Pagamentos e Taxas</b> Assinatura(s) dos pais / responsáveis:	Data:
---	-------

**B.2. Cobertura / Seguro Privado de Assistência à Saúde**

Nome do Seguro Primário:		Número da apólice:		Número do grupo:	
Nome do Seguro Secundário:		Número da apólice:		Número do grupo:	

- Fui informado** sobre as categorias gerais de custos que minha família poderá incorrer como resultado do uso de minha cobertura/seguro de saúde privado para os serviços de intervenção precoce da IDEA Parte C, como:
- Copagamentos, cosseguro, prêmios ou franquias
  - Custos de longo prazo, como perda de benefícios devido a limites de seguro anual ou vitalício de acordo com a apólice de seguro da família
  - A possibilidade de que o uso do seguro possa afetar negativamente a disponibilidade da cobertura do seguro da família
  - A possibilidade de que a cobertura do seguro possa ser descontinuada devido ao pagamento dos serviços de intervenção precoce da Parte C
  - A possibilidade de que os prêmios de seguro possam ser afetados pelo uso de seguros privados para pagar por serviços de intervenção precoce
- Autorizo** os provedores de ESIT a enviarem reivindicações à minha cobertura/seguro de saúde privado para os serviços de intervenção precoce da IDEA Parte C que serão prestados de acordo com o IFSP do(a) meu/minha filho(a). Autorizo a ESIT a divulgar dados de identificação pessoal para minha cobertura/seguro de saúde privado, a fim de solicitar o pagamento de benefícios. Autorizo minha cobertura de seguro de saúde privada a fazer pagamentos ao provedor do ESIT. Entendo que posso revogar essa permissão a qualquer momento, notificando meu/minha Coordenador(a) de Recursos da Família.
- Autorizo** os provedores de ESIT a enviarem reivindicações à minha cobertura de seguro de saúde privada para os serviços de intervenção precoce da IDEA Parte C que serão prestados de acordo com o IFSP do(a) meu/minha filho(a). Entendo que serei responsável pelo pagamento desses serviços com base na Tabela de Mensalidades e critérios. Devido a esta decisão, entendo que devo preencher as Seções C e D deste formulário para estabelecer minha Mensalidade. Se eu não preencher as Seções C e D deste formulário, entendo que serei alocado(a) no nível mais alto da Tabela de Mensalidades com base no tamanho da família.
- Eu renuncio ao preenchimento** das Seções C e D deste formulário e entendo que isso significa que serei responsável por todos os copagamentos, cosseguros e franquias que resultarem do uso da minha cobertura privada de assistência médica.

**Concordo com os termos da opção de pagamento que escolhi e confirmo o recebimento da Política do Sistema de Pagamentos e Taxas**

Assinatura(s) dos pais / responsáveis:

Data:

**B.3. Inexistência de Cobertura de Assistência à Saúde Pública ou Privada**

- Fui informado** (a) de que serei cobrado(a) de uma mensalidade com base no tamanho da família e na renda porque não tenho cobertura de seguro privado ou público (Apple Health for Kids/Medicaid) para ajudar a pagar pelos serviços de intervenção precoce da IDEA Parte C que serão prestados de acordo com o IFSP do(a) meu/minha filho(a).

**Concordo com os termos da opção de pagamento que escolhi e confirmo o recebimento da Política do Sistema de Pagamentos e Taxas**

Assinatura(s) dos pais / responsáveis:

Data:

### Seção C: Documentação usada para verificar a renda anual (preenchida pelos pais)

Todas as famílias que declaram incapacidade de pagar a determinação ou todas as famílias que solicitam alocação na Tabela de Mensalidades com base no tamanho da família e na renda anual ajustada, precisarão apresentar comprovante de renda. (Observe que apenas um tipo de documento será necessário para demonstrar a comprovação de renda.)

Tipo de Documentação: selecione apenas um		Renda anual total do familiar:
<input type="checkbox"/>	Autônomo, não assalariado. Inclua o formulário fiscal IRS 1040 mais recente.	
<input type="checkbox"/>	Últimos 2 (dois) holerites/contracheques consecutivos (renda bruta)	
<input type="checkbox"/>	Valor semanal	
<input type="checkbox"/>	Valor quinzenal	
<input type="checkbox"/>	Valor mensal	
<input type="checkbox"/>	W2(s) e/ou 1099(s) mais recentes ( <i>Formulário W2=linha 1; 1099=total das linhas 1, 2 e 3</i> )	
<input type="checkbox"/>	Declaração escrita de salário ou salários anexada (deve incluir o nome da empresa ou do empregador, endereço, número de telefone e assinatura do supervisor ou da equipe de recursos humanos).	

### Seção D: Despesas Anuais Permitidas (Preenchidas pelos Pais)

Forneça documentação com este formulário para despesas **não reembolsadas** incorridas com a criança e/ou outros membros da família **durante os últimos doze meses ou ano fiscal anterior.**

Categorias de Despesas Anuais Não Reembolsáveis Permitidas	Valor de Despesa
Despesas médicas, odontológicas e de saúde mental, incluindo prêmios, copagamentos, coseguro, franquias e serviços não cobertos	
Assistência à saúde domiciliar prestados por agência de saúde domiciliar licenciada	
Pagamentos de pensão alimentícia	
Custos de cuidados infantis incorridos durante o trabalho ou a ida à escola	
<b>TOTAL DE DESPESAS ANUAIS PERMITIDAS</b>	

<b>Número total de pessoas no lar</b> (tamanho da família):	
---	--

**Seção E: Renda Anual Ajustada e Determinação de Incapacidade de Pagamento (Preenchida pela Equipe da FRC ou do EIS)**

Informações de Receita, Despesa e Mensalidade		
1.	Renda Anual Total (conforme documentado na Seção C):	
2.	Despesas Anuais Permitidas (conforme documentado na Seção D):	
3.	Isenção de Despesa Anual (Linha 1 - Renda Anual Total multiplicada por 0,10 ou 10%):	
4.	Total de Despesas Anuais Permitidas (Linha 2 menos Linha 3; se a Linha 3 for maior que a Linha 2, insira 0 na linha 4):	
5.	Renda Ajustada para colocação na Tabela de Taxas Mensais (Linha 1 menos Linha 4):	

Atende aos critérios de incapacidade de pagamento se a linha 5 estiver abaixo de 200% do nível de pobreza federal para o tamanho da família			
<input type="checkbox"/>	Sim – Para famílias com ou sem seguro, a família não será obrigada a pagar copagamentos, cosseguro, franquia ou mensalidade. A IDEIA Parte C ou outros fundos da agência podem ser usados para cobrir esses custos.	<input type="checkbox"/>	Não – Para famílias com seguro, a família paga copagamentos, cosseguro e franquias
		<input type="checkbox"/>	Não – Para famílias sem seguro ou famílias que recusam o acesso ao seu seguro, a família é colocada na Tabela de Mensalidades.  Mensalidade: _____

**Seção F: Confirmação dos Pais**

Afirmo que as informações fornecidas, revisadas e documentadas neste formulário são precisas e completas, até o limite do meu conhecimento.

Assinatura(s) dos pais / responsáveis:	Data:
--	-------

**Seção G: Formulário de Verificação de Receita e Despesa da Equipe**

Revisado Por:

Assinatura da Equipe da FRC ou EIS:	Nome em letra de imprensa:	Data:
-------------------------------------	----------------------------	-------