



RECURSOS FINANCIEROS PARA LA INTERVENCIÓN DE

Nombre de niño: _____

Queridos Padres: En Idaho, los servicios para la intervención de temprana edad son proveídos sin costo para su familia. El Programa de Infantes y Titubeantes depende de 3 fuentes monetarias: seguro privado, beneficios públicos (ejemplo: Medicaid), y fondos del Programa de Infantes y Titubeantes. Una o más de estas fuentes se utilizarán para pagar los servicios de su hijo. Cuando posible, El Programa de Infantes y Titubeantes requerirá reembolso mediante seguro médico privado y/o Medicaid. El Programa le pide su permiso para conseguir reembolso de cualquier seguro que Usted tenga. Favor de llenar este formulario de la manera que mejor indique la situación de su familia.

NOTAS IMPORTANTES:

- El Programa de Infantes y Titubeantes no puede requerir su permiso para el uso de seguro privado o beneficios públicos, como condición para recibir servicios.
- Su hijo recibirá servicios enumerados en su Plan de Servicio Individualizado para la Familia (I.F.S.P.). No importa si usted ha proveído permiso para cobrarle al seguro privado o beneficios públicos.
- En cuanto usted consienta mandar el cobro al seguro, el Programa de Infantes y Titubeantes le proveerá una copia de la póliza de Sistema de Pago.
- Usted tiene el derecho de retirar su consentimiento para compartir información identificable.
- Usted no recibirá ningún cobro cuando el Programa de Infantes y Titubeantes use su seguro privado o beneficios públicos para pagar los servicios.
- Su consentimiento es requerido cuando hay un aumento en la frecuencia, extensión, duración o intensidad en los servicios de su hijo. En este caso, El Programa de infantes y Titubeantes le proveerá con una copia de la Póliza de Sistema de Pago.
- Fondos IDEA Parte C, pueden utilizarse solo después de la disponibilidad de los pagos del tercer- partido (Medicaid o seguro) hayan sido aplicados.
- Si su hijo tiene ambas coberturas Medicaid y seguro, se requiere que Medicaid consiga reembolso de su seguro privado por cualquier reclamo pagado por Medicaid. Por esto, no podemos cobrarle a Medicaid sin también tener permiso de cobrarle a su compañía seguro.

¿Tiene Seguro Privado? (Esto no incluye Medicaid) Sí No (Al ser no, saltar hasta la sección de Información de Medicaid abajo)

1) El Programa de Infantes y Titubeantes **puede** compartir información con y cobrarle a mi seguro. **Doy consentimiento** al Programa de Infantes y Titubeantes para que revele información relevante al pago de seguro para poder proceder el reembolso de mi seguro(s). Documentos que serán revelados hasta 12 meses de la fecha de su firma en este formulario, pueden incluir lo siguiente: información de diagnósticos, reportes de evaluaciones, historial médico social, Plan de Servicio Individualizado para la Familia, y reportes de servicios en curso. **NOTA:** Yo entiendo que si yo proveo consentimiento para que El Programa de Infantes y Titubeantes le cobre a mi Seguro cualquier deducible o co-pago, específicamente por servicios debido a la intervención de temprana edad, serán pagados por el Programa de Infantes y Titubeantes.

Mi Deducible es \$ _____

Mi Co-pago es \$ _____

2) El Programa de Infantes y Titubeantes **no puede** compartir información con, o cobrarle a mi seguro médico por los servicios recibidos por mi hijo de la intervención de temprana edad.

Seguro Primario

Nombre del titular de la Póliza:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:
Nombre de la Compañía de Seguro:	Número de Teléfono de la compañía de Seguro:
Domicilio de Correspondencia (Ciudad, Estado y Código Postal):	
Numero de Grupo/ Póliza:	Número de Identificación:

Seguro Secundario

Nombre del titular de la Póliza:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:
Nombre de la Compañía de Seguro:	Número de Teléfono de la compañía de Seguro:
Domicilio de Correspondencia (Ciudad, Estado y Código Postal):	
Número de Grupo/ Póliza:	Número de Identificación:

Información De Medicaid

Número de Medicaid:	¿Conexiones Saludables (Healthy Connections)? Sí No
Nombre del Médico de Conexiones Saludables:	

Al firmar abajo, yo verificó que he revisado este formulario y entiendo mis opciones financieras como se explica arriba. Doy consentimiento que el Programa de Infantes y Titubeantes revele información relevante al pago de seguro y/o Medicaid para poder proceder el reembolso a través de mi seguro o CHAMPUS de acuerdo con mi decisión arriba.

Firma del Padre _____

Fecha _____