

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE LOS RECURSOS DEL SEGURO

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN PARA NIÑOS Y PADRES		
Nombre del menor:	Fecha de nacimiento:	N.º de identificación de BRIDGES:
Nombre del padre/de la madre:	Fecha en que se completó:	
SECCIÓN 2: ¿SU HIJO TIENE MEDICAID?: " Sí. Si la respuesta es sí, rellene la sección 2. " No. Si la respuesta es no, vaya a la sección 3.		
La Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) exige que se facture a Medicaid los servicios incluidos en su Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP) si su hijo cumple los requisitos tanto para los beneficios de la IDEA/Parte C como para los de Medicaid. No es necesario solicitar Medicaid para tener derecho a los beneficios de la IDEA/Parte C.		
Número de Medicaid del niño:	Nombre de la organización de atención médica gestionada (MCO) de Medicaid:	
<i>Firma del padre/de la madre</i>	<i>Fecha</i>	
SECCIÓN 3: ¿SU HIJO TIENE UN SEGURO MÉDICO PRIVADO?: " Sí. Si la respuesta es sí, rellene las secciones 3 y 4. " No. Si la respuesta es no, rellene las secciones 3b y 5.		
(3a) Los padres deben poner sus iniciales a continuación. De este modo, dan su consentimiento para que los proveedores de servicios de Intervención Temprana (EI) de BabyNet facturen a los seguros médicos privados. (Ponga sus iniciales junto a la opción "Sí" O junto a la opción "No").		
	<p>Sí. Doy mi permiso para que los proveedores de servicios de Intervención Temprana (EI) facturen a la(s) compañía(s) de seguros que se indican a continuación por los servicios incluidos en el IFSP de mi hijo. También acepto que intercambien la información necesaria para obtener el pago de estos servicios. Esta información puede incluir el diagnóstico, el tipo de servicio y las fechas, etc. Entiendo que este consentimiento se aplica a todos los servicios incluidos en mi IFSP. Independientemente de si doy mi consentimiento o no, entiendo que no se me cobrará ningún gasto de bolsillo por los servicios de la IDEA/Parte C autorizados en el IFSP. Al dar permiso para utilizar mi seguro médico privado, entiendo que la IDEA/Parte C cubrirá los deducibles, copagos y/o coseguros relacionados. El consentimiento es voluntario y puede revocarse en cualquier momento.</p>	
	<p>No. NO autorizo a los proveedores de servicios de intervención temprana (EI) a facturar a mi seguro médico privado.</p>	
(3b) Los padres deben poner sus iniciales a continuación. De este modo, se da el visto bueno a las declaraciones que figuran a continuación.		
	Informaré inmediatamente a mi coordinador de servicios de cualquier cambio en el seguro médico de mi hijo o en la cobertura de Medicaid.	
	Sé que mi coordinador de servicios debe asegurarse de que los proveedores de servicios de EI incluidos en mi IFSP reciban una copia de este formulario. También actualizarán el sistema de datos para reflejar cualquier cambio en el seguro médico de mi hijo o en la cobertura de Medicaid.	
	Es posible que se me abone directamente un pago del seguro por los servicios de la IDEA/Parte C. En tal caso, sé que debo enviar dichos pagos inmediatamente al proveedor de servicios de EI que prestó el servicio.	
	He recibido una copia de la Notificación por escrito relativa a los seguros privados/Medicaid y las políticas del sistema de pagos. También he recibido la Notificación a los padres sobre los derechos y garantías de la familia.	
<i>Firma del padre/de la madre</i>	<i>Fecha</i>	

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS PRIVADOS

SEGURO PRIMARIO		SEGURO SECUNDARIO	
Nombre del titular de la póliza:		Nombre del titular de la póliza:	
Relación con el niño		Relación con el niño	
Dirección del titular de la póliza:		Dirección del titular de la póliza:	
Compañía de seguros:		Compañía de seguros:	
Número de teléfono:		Número de teléfono:	
Dirección para reclamaciones:		Dirección para reclamaciones:	
Número de afiliado/póliza:		Número de afiliado/póliza:	
Número de grupo:	Fecha efectiva:	Número de grupo:	Fecha efectiva:
Empleador:		Empleador:	
Dirección:		Dirección:	

SECCIÓN 5: SIN COBERTURA DE SEGURO:

Mi hijo no tiene seguro médico privado ni Medicaid en este momento. Me comprometo a informar a mi coordinador de servicios de cualquier cambio en el seguro médico o en la cobertura de Medicaid de mi hijo tan pronto como se produzca.

<i>Firma del padre/de la madre</i>	<i>Fecha</i>
------------------------------------	--------------

SECCIÓN 6: FIRMA DEL COORDINADOR DE SERVICIOS Y ORGANISMO:

<i>Firma del coordinador de admisión/coordinador de servicios</i>	<i>Fecha</i>
---	--------------

Oficina del coordinador de admisión u organismo de coordinación de servicios