



## Infant & Toddler Connection of Virginia

**Formulario de acuerdo de participación familiar en los costos** \_\_\_ Inicial \_\_\_ Revisado

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Comprendo que tengo que pagar por los servicios que recibe mi hijo/a. Puedo optar por no suministrar información financiera y pagar todos los copagos, coseguros, deducibles correspondientes y/o la tarifa completa por los servicios de intervención temprana que no estén cubiertos por el seguro. Si esto representa una dificultad financiera, le puedo proporcionar información financiera para determinar un tope mensual en base al sistema de participación de la familia en los costos. Puedo optar por usar o no mi seguro médico para pagar los servicios de intervención temprana.

### **USO DEL SEGURO MÉDICO** (marcar todo lo que corresponda)

**Sin seguro:** Mi hijo/a no está cubierto/a por ningún seguro médico.

Quiero que mi coordinador de servicios me ayude a inscribirme en Medicaid.

Quiero que mi coordinador de servicios me ayude a inscribirme en el Plan de acceso familiar a la garantía de seguro médico (FAMIS).

Ya he comenzado los trámites para inscribirme a Medicaid o FAMIS.

**Seguro de salud (médico):** Mi hijo/a está cubierto/a por ningún seguro médico. (Si lo selecciona, marque una opción)

A mi seguro deben cobrarle los servicios que tienen cobertura. Acepto pagar el copago, coseguro, deducible correspondientes y/o la tarifa completa por los servicios de la manera señalada bajo la opción **CARGOS** a continuación.

A mi seguro NO deben cobrarle los servicios que tienen cobertura. Acepto pagar los servicios de la manera señalada bajo la opción **CARGOS** a continuación.

**Medicaid/FAMIS:** Mi hijo/a tiene cobertura de Medicaid o FAMIS y comprendo que a Medicaid/FAMIS les cobrarán los servicios con cobertura.

### **VERIFICAR LA COBERTURA DE MEDICAID** (Si su hijo/a actualmente no tiene cobertura de Medicaid/FAMIS, marque una opción)

Autorizo a mi sistema de intervención temprana local a verificar periódicamente si mi hijo/a tiene cobertura de Medicaid o FAMIS.

No autorizo a mi sistema de intervención temprana local a verificar periódicamente si mi hijo/a tiene cobertura de Medicaid o FAMIS.

### **CARGOS** (marque una opción)

**Cargos totales:** No quiero suministrar información financiera. Puedo optar por no suministrar información financiera y cubrir todos los copagos, coseguros, deducibles correspondientes y/o la tarifa completa por los servicios de intervención temprana que no estén cubiertos por el seguro.

**Tarifas descontadas** (Si lo selecciona, marque una opción)

**Tope mensual:** La documentación sobre mi ingreso a gravar con impuestos federales, presente o estimado, ha sido revisada. Esto determina el monto que tendré que pagar. Acepto pagar los cargos que no superen el tope mensual para mi familia que es \$\_\_\_\_\_.

**Apelación de la tarifa** (Si lo selecciona, marque una opción)

\_\_\_ El monto del tope mensual calculado según la escala de tarifas de participación de la familia en los costos representa una dificultad económica. Mi tope mensual se basa en la información financiera adicional que se adjunta, **O**

\_\_\_ No puedo documentar mi ingreso gravable real ni estimado. Adjunto una copia de mi recibo de pago o una declaración escrita donde certifico el monto de mi ingreso, además de la información adicional solicitada.

Acepto pagar los cargos que no superen el tope mensual para mi familia que es de \$\_\_\_\_\_.

**Medicaid/FAMIS/Sin Ingreso:** Mi hijo/a reúne los requisitos de Medicaid/FAMIS y/o no tengo ingreso en este momento. Por lo tanto, no tengo capacidad de pago y recibiré todos los servicios de intervención temprana para mi hijo/a sin cargo para mi familia. (Si lo selecciona, marque una opción)

Adjunto copia de mi tarjeta Medicaid/FAMIS **O** \_\_\_ elegibilidad verificada el \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_.

Adjunto declaración escrita en la que certifico que no tengo ingreso.



## Infant & Toddler Connection of Virginia

### **Formulario de acuerdo de participación familiar en los costos** (página 2) \_\_Inicial \_\_Revisado

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

#### **CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES** (todas las familias deben marcar la casilla a continuación)

- Comprendo que si tengo una cuenta de salud de gastos flexibles que paga automáticamente a mi familia o al proveedor los gastos efectuados de su propio bolsillo (por ejemplo, copagos, coseguro, deducibles, etc.) entonces el tope mensual documentado en la sección de Cargos anterior solo se aplicará a los servicios que no tienen cobertura en mi plan de seguro de salud y yo soy responsable de pagar los copagos del seguro, coseguro y deducible por servicios de intervención temprana hasta que haya usado todo el dinero de mi cuenta de gastos flexibles.
- Una vez que haya usado todo el dinero de mi cuenta de gastos flexibles, el tope mensual cubrirá todos los servicios que figuren en el IFSP de mi hijo/a.
  - Notificaré a mi coordinador de servicios si no queda dinero en mi cuenta de gastos flexibles o si puedo cambiar mi cuenta de gastos flexibles para que no se pague automáticamente a mi familia ni al proveedor.
  - Esta política no me corresponde si mi cuenta de gastos flexibles funciona en base a reembolsos (por ejemplo, tengo que entregar documentos para obtener dinero de mi cuenta de gastos flexibles) o si tengo una tarjeta de débito de una cuenta de gastos flexibles para pagar gastos como copagos, coseguro y deducibles.

#### **DECLARACIONES DE ACUERDO Y ENTENDIMIENTO**

- He recibido una copia del *Aviso sobre los derechos y salvaguardas infantiles y familiares con información sobre la participación familiar en los costos*.
- Acepto notificar a mi coordinador de servicios sobre cualquier cambio en mi información financiera la cual se usó para determinar el costo de los servicios de intervención temprana, así como de cualquier cambio en la condición en el seguro de mi hijo/a o en Medicaid/FAMIS. También comprendo que debo comunicarme con mi coordinador de servicios si en algún momento quiero hacer alguna pregunta o tengo alguna duda acerca del proceso de participación en los costos de la familia y/o el costo de los servicios de intervención temprana. Puedo presentar un reclamo administrativo, solicitud de mediación y/o iniciar una audiencia imparcial si los desacuerdos sobre las tarifas no se pueden resolver a nivel local.
- Entiendo que recibiré un aviso con al menos 30 días de anticipación si hay algún cambio en el listado de cargos de mi proveedor de servicios de intervención temprana.
- Entiendo que si no pago las tarifas antes de que se venzan, se pueden interrumpir los servicios. Antes de interrumpir los servicios, me comunicaré con mi coordinador de servicios.
- Entiendo que se utilizarán los procesos de cobro habituales, los cuales pueden incluir el uso de agencias de cobro, para recuperar los montos vencidos.
- He recibido una copia de los cargos completos por los servicios de intervención temprana.
- He leído, entiendo y cumpliré los términos de este acuerdo. Certifico que la información que he suministrado, a fin de determinar mi elegibilidad, es completa y correcta según mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o responsable a cargo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Infant & Toddler Connection of Virginia

## REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y CESIÓN DE BENEFICIOS

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente autorizo a  
Padre, madre o responsable a cargo

\_\_\_\_\_ a:  
Nombre del/los proveedor(es) de servicios de intervención temprana

- revelar la información que sea necesaria a la(s) compañía(s) de seguro que se indica(n) a continuación y además
- solicitar la información que sea necesaria a la(s) compañía(s) de seguro que se indica(n) a continuación

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) de compañía(s) de seguro

La información necesaria puede incluir el diagnóstico de mi hijo/a, las fechas de los servicios y los tipos de servicios, y toda la información necesaria para tramitar mi reclamo al seguro para pagar a esta agencia. Doy mi consentimiento para que se revele esta información y entiendo que puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento entregando un aviso por escrito al/los proveedor(es) de servicios de intervención temprana de mi hijo/a. La cancelación tendrá vigencia a partir de la fecha de recepción del aviso.

Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a:

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) del/los Proveedor(es) de los servicios de intervención temprana

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o responsable a cargo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha