



Notificación al  
Departamento de Servicios de Asistencia Médica:  
Rechazo de la familia a que se facture al seguro  
privado

El padre/madre o ambos padres de \_\_\_\_\_ (nombre del niño) deniega el acceso a su seguro privado de salud o médico para servicios de intervención temprana con cobertura.

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante para la Parte C del sistema local

\_\_\_\_\_  
Firma del representante para la Parte C del sistema local

\_\_\_\_\_  
Fecha