

CHILD AND FAMILY CONNECTIONS

CONSENTIMIENTO PARA USAR BENEFICIOS DEL PLAN DE SEGURO PRIVADO O DE ATENCIÓN MÉDICA Y CESIÓN DE DERECHOS PARA SERVICIOS ESPECÍFICOS

Apellido, nombre e inicial del segundo
nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño (mes/día/año): _____

Número CBO/EI: _____

Beneficios del plan de seguro privado o de atención médica:

Ya que mi familia está inscrita en el programa de Intervención Temprana (EI, siglas en inglés), comprendo que los beneficios de mi plan de seguro médico privado o de atención médica (de aquí en adelante denominado "Plan") se podría utilizar para pagar ciertos servicios directos de EI. Comprendo que ciertos servicios EI se proveen gratuitamente bajo la Parte C de la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA en inglés; consulte el Aviso del Sistema de Pagos y Cuotas). Comprendo que no se cobrarán a mí ni a mi Plan la coordinación de servicios, las evaluaciones ni la creación e implementación del Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP).

Entiendo que se me ha dado una copia del Aviso del Sistema de Pagos y Cuotas, el cual explica todos los posibles usos y riesgos relacionados con el uso o la falta de usar mi Plan, y comprendo que debo permitir que EI verifique mi Plan para determinar el posible uso y la cobertura del mismo.

Comprendo que a menos que yo tenga un Plan auto-financiado por mi empleador, debo permitir que EI presente reclamaciones de cualquier servicio cubierto según sea apropiado. Si se verifica que tengo un Plan auto-financiado por mi empleador, comprendo que EI debe obtener mi consentimiento antes de presentar reclamaciones a dicho Plan para servicios EI cubiertos y sujetos a la facturación al seguro privado.

Si mi Plan no es auto-financiado por mi empleador, se me proporcionará la Cesión de Derechos de Seguro que aparece más abajo en el presente consentimiento. Si no acepto la Cesión de Derechos de Seguro, EI no puede presentar reclamaciones a mi plan de seguro o atención médica y se me considerará la participación en las cuotas de participación familiar detalladas en el Sistema de Pagos y Cuotas.

Comprendo que soy responsable de revisar y confirmar la cobertura de mi Plan, además de comunicar a mi coordinador de servicios cualquier preocupación que yo tenga al respecto. Acepto cooperar con la provisión de información corriente y actualizada sobre mi Plan, ayudar de cualquier manera necesaria para asegurar la tramitación rápida de las reclamaciones presentadas a mi Plan y notificar a los proveedores en el caso del rechazo de las mismas.

Comprendo que si mi Plan envía (un) pago(s) directamente a mí, debo remitirlo(s) al proveedor EI a quien se lo(s) debe. El incumplimiento de tal remisión de pago(s) podría resultar en acciones legales iniciadas por el proveedor EI.

Planes auto-financiados por el empleador:

Si yo tengo un Plan auto-financiado por mi empleador, acepto permitir al firmar más abajo que EI (o la persona designada por EI) facture a mi Plan los servicios cubiertos y consiento en la cesión de derechos de pago a EI (o su persona designada). Comprendo que puedo declinar el uso de los beneficios de mi Plan auto-financiado por el empleador y que, si así declino, mi hijo seguirá recibiendo los servicios directos EI en los cuales se consintió en la página Autorización de Implementación y Distribución del IFSP. También entiendo que si doy mi consentimiento, lo puedo revocar en cualquier momento a menos que ya se haya actuado en consecuencia del mismo.

Beneficios del plan de ahorros tributarios incluido en mi plan de seguro privado o atención médica

Si yo poseo o uso un *Tax Savings Plan* (Plan de Ahorros Tributarios), como por ejemplo un *Health Savings Account* (Cuenta de ahorros para la salud) o *Health Reimbursement Account* (Cuenta de reembolso para la salud), o cualquier cuenta que usa fondos no imponibles para pagar servicios médicos permitidos que de otro

modo no pagan los seguros, yo entiendo que se requiere que yo proporcione a mi Coordinador de Servicios la información actual sobre dicho plan o cuenta. Mi incumplimiento de revelar esta información puede resultar en la pérdida de fondos de estas cuentas, los cuales no pueden ser reembolsados por Intervención Temprana.

Renuncia o exención del uso del plan de seguro privado o atención médica

Comprendo que aunque El (o la persona que designe) presente reclamaciones a mi Plan, es posible que los servicios en cuestión no sean cubiertos. Si mi Plan no cubre cierto servicio, O si ningún proveedor autorizado para recibir pagos de seguros puede proveer servicios El, El puede renunciar o eximir el procedimiento que requiere que el proveedor El presente reclamaciones a mi Plan. De esta manera se permitirá que el proveedor El presente reclamaciones de pago directamente a El Entiendo que mi coordinador de servicios me informará de cualquier servicio de mi hijo que reciba una renuncia o exención del uso del plan de seguro privado o atención médica. Comprendo que yo soy responsable de entender los detalles del deducible según los beneficios de mi plan de seguro privado o atención médica.

También comprendo que si participo en las Cuotas de Participación Familiar Y El paga servicios debido a deducibles, renuncias o exenciones, se puede afectar el monto que debo de Cuotas de Participación Familiar. Entiendo que no se requiere que yo pague más del monto máximo anual que se calculó basado en mi capacidad de pagar.

Se completa la sección a continuación SOLAMENTE para PARTICIPANTES DE PLANES AUTO-FINANCIADOS POR EL EMPLEADOR señalados en la página de resultados de la verificación de beneficios realizada por la Oficina Central de Facturación El.

CONSENTIMIENTO PARA USAR BENEFICIOS DEL PLAN DE SEGUROS PRIVADO O ATENCIÓN MÉDICA AUTO-FINANCIADO POR EL EMPLEADOR:

- Doy mi consentimiento al Departamento de Servicios Humanos de Illinois, el programa El o la persona nombrada por El para presentar reclamaciones a mi Plan para los servicios especificados y consentidos en el IFSP de mi hijo.
- No doy mi consentimiento al Departamento de Servicios Humanos de Illinois, el programa El o la persona nombrada por El para presentar reclamaciones a mi Plan para los servicios especificados y consentidos en el IFSP de mi hijo.

Atención: Si la familia declina el uso del Plan, no se requiere su firma en la sección más *Cesión de derechos de seguro* más abajo.

Nombre en letra sencilla del padre,
madre o tutor legal: _____

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma de testigo: _____ Fecha: _____

Se completa la sección a continuación SOLAMENTE para planes NO AUTO-FINANCIADOS POR EL EMPLEADOR Y para planes que sí son AUTO-FINANCIADOS POR EL EMPLEADOR si la familia ha dado su consentimiento.

Cesión de derechos de seguro:

Al firmar a continuación, cedo el pago de los beneficios de mi Plan al (a los) proveedor(es) autorizado(s) de El o a la persona designada por El

Nombre en letra sencilla del padre,
madre o tutor legal: _____

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma de testigo: _____ Fecha: _____

Las familias que tienen planes auto-financiados por el empleador pueden consentir en que solamente ciertos servicios del IFSP se facturen al y/o se paguen por medio del seguro privado, al indicar en la lista a continuación en cuál(es) servicio(s) consienten y en cuál(es) no consienten:

- Consiento en que el programa EI del Departamento de Servicios Humanos de Illinois presente reclamaciones a mi compañía de seguro privado para el (los) servicio(s) específico(s) de:
- | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Terapia del habla | <input type="checkbox"/> Grupo de terapia del habla |
| <input type="checkbox"/> Terapia física | <input type="checkbox"/> Grupo de terapia física |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> Grupo de terapia ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Terapia de asistencia social | <input type="checkbox"/> Grupo de terapia de asistencia social |
| <input type="checkbox"/> Terapia psicológica | <input type="checkbox"/> Grupo de terapia psicológica |
| <input type="checkbox"/> Terapia nutricional | <input type="checkbox"/> Tecnología de adaptación (equipos médicos duraderos) |
| <input type="checkbox"/> Audiología | <input type="checkbox"/> Rehabilitación aurial (otros servicios relacionados) |
| <input type="checkbox"/> Consultas de salud | <input type="checkbox"/> Enfermería |
| <input type="checkbox"/> Visión | <input type="checkbox"/> Otro (describa): _____ |

- No consiento en que el programa EI del Departamento de Servicios Humanos de Illinois presente reclamaciones a mi compañía de seguro privado para el (los) servicio(s) específico(s) de:
- | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Terapia del habla | <input type="checkbox"/> Grupo de terapia del habla |
| <input type="checkbox"/> Terapia física | <input type="checkbox"/> Grupo de terapia física |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> Grupo de terapia ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Terapia de asistencia social | <input type="checkbox"/> Grupo de terapia de asistencia social |
| <input type="checkbox"/> Terapia psicológica | <input type="checkbox"/> Grupo de terapia psicológica |
| <input type="checkbox"/> Terapia nutricional | <input type="checkbox"/> Tecnología de adaptación (Equipos médicos duraderos) |
| <input type="checkbox"/> Audiología | <input type="checkbox"/> Rehabilitación aurial (otros servicios relacionados) |
| <input type="checkbox"/> Consultas de salud | <input type="checkbox"/> Enfermería |
| <input type="checkbox"/> Visión | <input type="checkbox"/> Otro (describa): _____ |

El padre, madre o tutor legal que especifica solamente ciertos servicios en el consentimiento aun así debe firmar la Cesión de Derechos para que se pueda facturar los servicios consentidos al plan de seguro médico privado.

En virtud de las disposiciones de la Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act (Ley de confidencialidad en la salud mental y discapacidades de desarrollo de Illinois), la Family Educational Rights and Privacy Act (Ley de derechos educativos y privacidad de la familia), 20 USC 1232g, y la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos) de 1996, la información recopilada en la presente no debe divulgarse posteriormente a no ser que o la persona que consintió en la presente divulgación consienta específicamente en tal divulgación posterior o la divulgación posterior sea permitida por ley.