

## CHILD AND FAMILY CONNECTIONS RECONOCIMIENTO DE LA EXENCIÓN DECLINADA

Este formulario sirve para reconocer al padre, madre o tutor legal que declina la exención del uso de planes de seguro médico privados que incluyen cuentas de ahorros con ventajas tributarias y de retiro automático—es decir, cuentas de ahorros de salud o médicos (HSA o MSA, siglas en inglés) **O** un plan comprado individualmente-no grupal.

<b>Información del niño:</b>
Nombre:
Fecha de nacimiento:
Número de E.I. del niño:
Número de CFC:

<b>Información del asegurado (el titular en la familia del plan de ahorros tributarios):</b>
Nombre:
Marque uno: <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro con ventaja tributaria <input type="checkbox"/> Plan comprado individualmente-no-grupal
Información del plan (nombre de la compañía):
No de identificación del plan grupal:

Reconozco al firmar más abajo que proporcioné al programa de Intervención Temprana información acerca de mi cuenta de ahorros tributarios de retiro automático **O** mi plan comprado individualmente-no grupal, y que comprendo que Intervención Temprana ha eximido o eximirá el uso de mi seguro médico privado para asegurar que dicha cuenta no se utilice para pagar servicios de Intervención Temprana. NO deseo recibir esta exención.

Sí deseo que Intervención Temprana presente reclamaciones a la compañía de mi seguro médico privado y comprendo que las reclamaciones podrían pagarse de mi cuenta de ahorros tributarios según las condiciones impuestas por mi plan de ahorros tributarios **O** de mi plan comprado individualmente-no grupal. Reconozco que el costo de los servicios de Intervención Temprana cobrados a mi seguro médico podría igualar el saldo de mi cuenta de ahorros tributarios **O** que mi plan comprado individualmente-no grupal tenga opciones para que yo cubra los costos adicionales o para que mi plan sea cancelado si se usa.

Entiendo que puedo revocar este reconocimiento en cualquier momento y que los servicios que se hayan facturado al plan de mi cuenta de ahorros tributarios **O** a mi plan comprado individualmente-no grupal antes de mi revocación no se podrían rescindir. Acepto informar a mi Coordinador de Servicios de mi intención de revocar mi reconocimiento para que los servicios se puedan facturar propiamente a la fuente apropiada.

Firma del titular del plan: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Coordinador de Servicios: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Esta transmisión contiene información confidencial, algo o toda de la cual podría ser información médica protegida según la define el Aviso de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Esta transmisión es para el uso exclusivo del individuo o entidad a quien o que se destina y puede contener información propietaria, privilegiada, confidencial y/o exenta de ser divulgada según la ley aplicable. Si usted no es el destinatario previsto (o un empleado o agente responsable de entregar esta transmisión al destinatario previsto), se le avisa por la presente que cualquier divulgación, diseminación, distribución o duplicación de esta información es estrictamente prohibida y puede ser sujeta a restricciones o sanciones legales. Favor de avisar la Oficina de Intervención Temprana al (217) 782-1981 para convenir en devolver o destruir la información y todas las copias de la misma.