



Red para Bebés y Niños Pequeños del Estado de Virginia

(Infant & Toddler Connection of Virginia)

Formulario de Acuerdo de Tarifas Familiares

_____ Inicial _____ Revisado

Nombre del(los) niño(s): _____ Fecha de nacimiento: _____

Comprendo que se me cobrarán los servicios que mi hijo(a) reciba. Puedo optar por no suministrar información financiera y pagar todos los copagos, deducibles y/o la totalidad de la tarifa de intervención temprana por los servicios que no cubre el seguro. Si esto causa una dificultad económica, puedo proporcionar información financiera para que se determine un tope máximo mensual, sobre la base del sistema de tarifa familiar. Puedo optar entre utilizar o no utilizar mi seguro médico para pagar los servicios de intervención temprana.

USO DE SEGURO MÉDICO (marque todo lo que corresponda)

- No asegurado:** Mi hijo(a) no tiene ninguna cobertura de seguro médico.
- Deseo que mi coordinador de servicios me asista para solicitar la cobertura de Medicaid.
- Deseo que mi coordinador de servicios me asista para solicitar la cobertura de Acceso de la Familia al Plan de Seguro Médico (FAMIS, por sus siglas en inglés).
- Seguro (médico) de salud:** Mi hijo(a) tiene cobertura de seguro médico. (Si seleccionó esta opción, marque una)
- Se deberán facturar a mi seguro los servicios cubiertos. Acepto pagar todo copago, deducible y/o servicio no cubierto que corresponda, de la manera indicada en la opción **COSTOS** que figura más abajo.
- NO se deberán facturar a mi seguro los servicios cubiertos. Creo que el uso de mi seguro dará como resultado una pérdida financiera, como una disminución en la cobertura de por vida, aumento de la prima o suspensión de la póliza. Acepto pagar cualquier pago coaplicable, deducibles o servicios no cubiertos de la forma indicada en la opción **COSTOS** a continuación.
- NO se deberán facturar a mi seguro los servicios cubiertos. Acepto pagar la totalidad de la tarifa de intervención temprana por de servicios de la manera indicada en la opción **COSTOS** que figura más abajo.
- Medicaid/FAMIS:** Mi hijo(a) tiene cobertura de Medicaid o de FAMIS y comprendo que los servicios cubiertos le serán facturados a Medicaid/FAMIS.

COSTOS (marque uno)

- Totalidad de los costos:** No deseo suministrar información financiera. Pagaré todos los copagos, deducibles y/o la totalidad de la tarifa de reembolso por intervención temprana por los servicios no cubiertos por el seguro.
- Tarifas con descuento** (Si seleccionó esta opción, marque una)
- Tope mensual:** Se ha revisado la documentación de mi ingreso federal imponible real o estimado. Esto determina el monto que pagaré. Acepto pagar costos dentro de mi tope mensual familiar de \$ _____, pero no los que lo excedan.
- Apelación de tarifas** (Si seleccionó esta opción, marque una)
- ___ El monto del tope mensual según lo calculado en la escala de tarifa familiar me causa dificultades económicas. Mi tope mensual se basa sobre la información financiera adicional contenida en la documentación adjunta,
- ___ No puedo documentar mi ingreso imponible estimado ni real. Adjunto copia de mi recibo de sueldo o mi declaración escrita que certifica el monto de mis ingresos, así como la información financiera adicional requerida.
- Acepto pagar costos dentro de mi tope mensual familiar de \$ _____, pero no los que lo excedan.
- Sin tarifas:** Mis ingresos están por debajo del nivel que requiere completar los formularios del impuesto federal a los ingresos y/o mis ingresos califican a mi hijo(a) para que acceda a los servicios de Medicaid/FAMIS. Por lo tanto, no tengo la capacidad de pagar tarifa alguna y no pagaré los servicios de intervención temprana que mi hijo(a) reciba. (Si seleccionó esta opción, marque una)
- ___ Adjunto copia de mi tarjeta de Medicaid/FAMIS. ___ Aptitud verificada el _____ por _____.
- ___ Adjunto mi declaración escrita que certifica que carezco de ingresos.

Opción de retraso de servicios: Se me otorgaron 30 días calendario desde la fecha en que firmé el IFSP para ofrecer información sobre ingresos, ya que no podía ofrecerla antes del desarrollo del IFSP. Ese período de 30 días ha finalizado y se me ha dado la opción de ofrecer la información sobre ingresos, seleccionar la opción de Totalidad de los costos anterior o retrasar aún más los servicios, que no sean aquellos disponibles sin cargo, hasta que pueda ofrecer la información sobre ingresos. Opto retrasar aún más los servicios, que no sean aquellos disponibles sin cargo, hasta que pueda ofrecer información sobre ingresos.

DECLARACIÓN SOBRE ACUERDO Y CONVENIO

- Acepto notificar a mi coordinador de servicios sobre cualquier cambio en la información financiera utilizada para determinar los costos de los servicios de intervención temprana, así como cualquier cambio en el seguro de mi hijo(a) o de su situación en Medicaid/FAMIS. Asimismo, comprendo que deberé ponerme en contacto con mi coordinador de servicios si, en cualquier momento, tengo alguna duda o pregunta sobre el proceso de tarifa familiar o sobre el costo de los servicios de intervención temprana. Puedo presentar un reclamo administrativo, solicitar una mediación o iniciar una audiencia imparcial si los desacuerdos concernientes a la apelación de tarifas no pueden resolverse a nivel local.
- Comprendo que se me notificará por escrito con por lo menos 30 días de antelación sobre cualquier cambio en las listas de precios de los servicios de intervención temprana de mi proveedor.
- He leído, comprendo y cumpliré con los términos de este acuerdo. Comprendo que si no pago las tarifas a la fecha de su vencimiento, los servicios pueden suspenderse. Antes de que los servicios se suspendan, mi coordinador de servicios se pondrá en contacto conmigo.
- Comprendo que se utilizarán procedimientos de cobranza de rutina para recuperar los montos adeudados.
- He recibido una copia del costo total de los servicios de intervención temprana.
- Certifico que la información que he suministrado sobre mi situación financiera es completa y correcta, según mi leal saber y entender.

Firma del/de la padre/madre o parte responsable

Fecha

Firma del personal

Fecha

...

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (Opcional)

Yo, _____, por el presente autorizo a
Progenitor o parte responsable

_____ a:
Nombre(s) del(los) proveedor(es) de servicios de intervención temprana

- revelar la información que sea necesaria a la(s) compañía(s) de seguros abajo designada(s) y también a
- solicitar la información que sea necesaria a la(s) compañía(s) de seguros abajo designada(s):

Nombre(s) de la(s) Compañía(s) de Seguros

La información necesaria puede incluir el diagnóstico, las fechas y el tipo de servicios prestados a mi hijo(a) y toda otra información necesaria para procesar mis reclamos al seguro a fin de pagarle a esta entidad. Consiento que se revele esta información y comprendo que puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento, mediante la entrega de una notificación por escrito al(los) proveedor(es) de servicios de intervención temprana de mi hijo. La cancelación se hará efectiva a partir de la fecha en que reciban la notificación.

Autorizo que todos los pagos de los beneficios del seguro se realicen directamente a:

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

Firma del progenitor o parte responsable

Fecha

Firma del personal

Fecha