

Servicios Integrados para Niños

Permiso para facturar seguros privados y públicos

Fecha: _____

Nombre del niño: _____

Número de Seguro Social del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____

Solo para uso interno
CIS-02 suplementario con la familia
Versión 3.21

N.º de aseguradora: _____ (solo para uso interno)

Información sobre el seguro principal

Nombre de la compañía de seguros: _____ Teléfono de la compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Número de póliza: _____ Grupo o número de contrato: _____ Fecha de entrada en vigencia de la póliza: _____

Nombre del empleador o grupo: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Consentimiento para facturar al seguro

- Autorizo a Servicios Integrados para Niños (CIS) de AHS a facturar a mi seguro privado o público por los servicios listados en el One Plan mío o de mi hijo.
- Entiendo que puedo negarme a dar este consentimiento.
- Entiendo que, si mi hijo califica para los servicios del Programa de Intervención en la Primera Infancia de la Parte C, y me niego a otorgar mi consentimiento para facturar a mi seguro privado o público por los servicios del One Plan, esta negativa no afectará los servicios para mi hijo cubiertos por el Programa de Intervención en la Primera Infancia de la Parte C.
- Entiendo que al dar mi permiso para solicitar el pago a mi seguro, la información sobre mí/mi hijo en CIS puede compartirse en este proceso.
- Entiendo que si elijo no firmar este formulario, no se verán afectados los beneficios a los que mi hijo y mi familia tienen derecho.
- Entiendo que puedo revocar el consentimiento para facturar a mi seguro privado o público en cualquier momento. Si revoco este consentimiento, se aplicará a la facturación de los servicios a partir de esa fecha. Puedo revocar mi consentimiento escribiendo a la dirección que figura más adelante.
- Entiendo que se me informará sobre el apoyo financiero para el Programa de Intervención en la Primera Infancia —si es un servicio al que mi hijo tiene derecho— en el folleto del sistema de pagos.

☐ Otorgo mi permiso para que Servicios Integrados para Niños facture a: ☐ Seguro privado ☐ Medicaid

Por los servicios prestados a mí o a mi hijo para los servicios del One Plan de CIS o los servicios del Programa de Intervención en la Primera Infancia de la Parte C. Comprendo que la información sobre los servicios de mi hijo, incluidos los servicios de intervención en la primera infancia, puede compartirse en ese proceso.

O bien,

☐ No otorgo mi permiso para que Servicios Integrados para Niños, incluida la Parte C del Programa de Intervención en la Primera Infancia, facture a mi seguro privado por los servicios proporcionados a mí/mi hijo.

Si deniega el permiso para facturar a un seguro privado, indique el motivo:

- | | |
|--|---|
| ☐ Mi cuenta de ahorros de salud disponible se agotaría. | ☐ Las primas de mi seguro médico aumentarían. |
| ☐ Mis otros beneficios de seguro médico disminuirían. | ☐ Corro el riesgo de que mi hijo o yo perdamos la elegibilidad de exenciones domiciliarias y comunitarias. |

Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es correcta, y acepto que notificaré a DCF/CDD cualquier cambio en esta información. Los cambios deben enviarse por correo postal a: Vermont DCF Child Development Division – Children's Integrated Services, 280 State Drive, NOB 1, Waterbury, VT 05671-2090

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____