

(Nombre del programa de intervención temprana)

Información de contacto de la familia y de los hijos					
Padre o tutor: Apellido: _____ Nombre: _____			Padre o tutor: Apellido: _____ Nombre: _____		
Dirección: _____		Ciudad: _____	Código postal: _____	Teléfono particular: () _____ Teléfono de contacto durante el día: () _____	
Si se inscribe a más de un hijo en el programa de intervención temprana, escriba el nombre y la fecha de nacimiento de cada hijo.					
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de seguro público*	
1.			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP N.º _____	
2.			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP N.º _____	
3.			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP N.º _____	
* AVISO PARA LA FAMILIA: El seguro público (Medicaid/Programa de seguro médico infantil [Children's Health Insurance Program, CHIP]) se hará cargo de la factura de los servicios de intervención temprana de su hijo si este último está inscrito actualmente en un programa de seguro público. Si su hijo cuenta con un seguro público, escriba \$0 en el monto de la cuota familiar mensual en la línea E. El padre o tutor y el miembro del personal del programa deben firmar a continuación. Consulte la declaración adjunta sobre las protecciones sin costo. <u>Deténgase en esta sección.</u>					
Información sobre servicios familiares					
A continuación, marque todos los servicios que actualmente reciben los miembros de la familia.					
<input type="checkbox"/> FEP/TANF	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> Early Head Start	<input type="checkbox"/> PCN	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> CHIP
Si <u>algún</u> familiar recibe <u>cualquiera</u> de los servicios antes mencionados, escriba \$0 en el monto de la cuota familiar mensual en la línea E. El padre o tutor y el miembro del personal del programa deben firmar a continuación. <u>Deténgase en esta sección.</u>					
Opción de negarse a divulgar información financiera de la familia					
<input type="checkbox"/> Marque aquí si el padre o madre se niegan a proporcionar información financiera de la familia. Se le facturará a la familia por el monto total de \$200 por mes. Escriba \$200 en el monto de la cuota familiar mensual en la línea E. El padre o tutor y el miembro del personal del programa deben firmar a continuación. <u>Deténgase en esta sección.</u>					
Complete las hojas de cálculo de la cuota familiar en la página 2, a menos que se le haya indicado en una de las secciones anteriores que se detenga y firme el formulario a continuación.					
Cuota familiar mensual			Circunstancias atenuantes		
A. Ingresos familiares modificados (de la página 2, línea 25).		\$ _____	Las circunstancias atenuantes son eventos inesperados que influyen en la situación financiera de la familia y que deben ser considerados al momento de determinar la cuota familiar mensual. Escriba \$0 en la línea E y describa la circunstancia a continuación:		
B. Cantidad de adultos en la familia					
C. Cantidad de niños en la familia					
D. Total de integrantes de la familia (sume las líneas B y C).					
E. Escriba \$0 en el monto de la cuota familiar si se le indicó hacerlo en una de las secciones anteriores O escriba el monto a partir de la escala móvil de cuotas mediante las líneas A y D.		\$ _____			
Este monto de la cuota entrará en vigencia:			_____ Firma del coordinador o persona designada del programa Fecha		
Mes: _____ Año: 20____					
Certificación del padre o el tutor					

- Las protecciones sin costo para las familias al facturar el seguro público de un hijo se revisaron en mi presencia y he recibido una copia de los derechos y las responsabilidades de los padres relacionados con la participación en los costos mediante las cuotas familiares y de las protecciones sin costo.
- Entiendo que mi responsabilidad financiera se calcula en función de la información que proporcioné. Asimismo, entiendo que la falta de pago de las cuotas puede ocasionar la interrupción de los servicios. Se cobrará una penalización mínima de \$20 por cheque en caso de cheques rechazados. Según mi leal saber y entender, certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta. He recibido una copia de los derechos y las responsabilidades de los padres relacionados con la participación en los costos mediante las cuotas familiares y entiendo que puedo solicitar una revisión de mi cuota familiar si cambia mi situación financiera.

Firma del padre o el tutor

Fecha

Certificación del miembro del personal del programa

Ratifico que les informé a los padres sus derechos y responsabilidades relacionados con la participación en los costos para el programa de intervención temprana mediante las cuotas familiares y que utilicé toda la información que la familia me proporcionó para calcular el valor de la cuota. Le informé a la familia sobre las protecciones sin costo si se factura al seguro público de su hijo.

Firma del miembro del personal del programa

Fecha

Página 2: Hojas de cálculo de la cuota familiar

Ingresos familiares anuales		Gastos médicos o dentales (continuación)	
Verificación de ingresos por (marque todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Última declaración de impuestos <input type="checkbox"/> Tres últimos recibos de pago consecutivos <input type="checkbox"/> Otro _____		13. Ropa especial requerida según la afección médica \$ _____ por mes por 12 meses	\$
		14. Gastos en atención de relevo o cuidado de niños especializado que superan los gastos típicos que no se detallan en la línea 20	\$
1. Salario mensual bruto (sueldo principal) (antes de la deducción de impuestos, seguro social, seguro, etc.)	\$	15. Gastos de transporte médico \$ _____ por mes por 12 meses	\$
2. Salario mensual bruto (sueldo secundario) (antes de la deducción de impuestos, seguro social, seguro, etc.)	\$	16. Otros gastos médicos relacionados (especifique): \$ _____ por mes por 12 meses	\$
3. Otros ingresos mensuales (incluye pensiones, alquileres, intereses, dividendos, pensión alimentaria y manutención de niños).	\$	17. Suma total de gastos médicos o dentales (Sume desde la línea 6 hasta la línea 16).	\$
4. Total de ingresos mensuales (Sume las líneas 1, 2 y 3).	\$	Cálculo de deducciones de ingresos	
5. Ingresos familiares anuales (Multiplique la línea 4 por 12 y escriba el resultado en la línea 23).	\$	18. Deducción médica o dental mínima (Multiplique la línea 5 [ingresos anuales] por 0.075).	\$
Gastos médicos o dentales		19. Gastos médicos o dentales deducibles (Réstele a la línea 17 la línea 18. Si el resultado es superior a cero, escríbalo aquí, de lo contrario, escriba \$0).	\$
6. Primas de seguro médico \$ _____ por mes por 12 meses	\$	20. Gastos en cuidado de los niños \$ _____ por mes por 12 meses	\$
7. Gastos de atención dental y de la vista \$ _____ por mes por 12 meses	\$	21. Pagos de manutención de niños o pensión alimentaria \$ _____ por mes por 12 meses	\$
8. Copagos del seguro \$ _____ por mes por 12 meses	\$	22. Total de las deducciones (Sume las líneas 19, 20 y 21 y escriba el resultado en la línea 24).	\$
9. Gastos en atención hospitalaria \$ _____ por mes por 12 meses	\$	Cálculo de ingresos familiares modificados	
10. Suplementos nutritivos recetados por un médico \$ _____ por mes por 12 meses	\$	23. Monto de la línea 5.	\$
11. Recetas \$ _____ por mes por 12 meses	\$	24. Monto de la línea 22.	-\$
12. Equipo médico duradero, tecnología de apoyo o gastos de adaptación durante un año	\$	25. Ingresos familiares modificados (Réstele a la línea 23 la línea 24 y escriba el resultado aquí y en la página 1, línea A).	\$

Nota: Se requiere un formulario nuevo en cada revisión anual o cada vez que se produce un cambio en la cantidad de integrantes de la familia, los ingresos, la dirección o el número de teléfono.

Última revisión del formulario: 8/13/13

Gastos médicos permitidos

Los gastos que reúnen los requisitos deben estar directamente relacionados con el estado de salud o enfermedad de un familiar. Deberá pagar en efectivo los gastos de los 12 meses anteriores, por los cuales no recibirá un reembolso. Puede deducir los gastos médicos o dentales permitidos si la cantidad es superior al 7.5 % de sus ingresos brutos ajustados. Para obtener más información, consulte la "Publicación 502 sobre gastos médicos y dentales del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS)" o visite la página www.irs.gov.

- Gastos de capital para equipos o mejoras en su hogar necesarios para la atención médica
- Gastos y cuidado de animales de asistencia para personas ciegas, sordas y con discapacidad
- Gastos de eliminación de pintura a base de plomo
- Gastos relacionados con el trasplante de órganos
- Gastos por servicios hospitalarios (análisis de laboratorio, terapia, etc.)
- Pastillas anticonceptivas y abortos y cirugías legales
- Alimentos y alojamiento provistos por el hospital durante un tratamiento médico
- Primas de seguro médico y del hospital
- Gastos por servicios médicos (de médicos, dentistas, cirujanos, especialistas y otros profesionales de atención médica)
- Oxígeno y equipos de oxígeno
- Recetas, medicamentos e insulina
- Orientación recomendada por un médico
- Atención psiquiátrica en centros médicos especializados (incluye alimentos y alojamiento)
- Artículos especiales (audífonos, sillas de ruedas, etc.)
- Escuela especial, matrícula, alimentos y alojamiento
- Transporte para atención médica
- Tratamiento en centros de rehabilitación para la adicción a drogas o alcohol
- Salarios por servicios de enfermería
- Gastos de pañales relacionados con algún problema médico
- Otros gastos que se incluyen en la Publicación 502 del IRS

No se pueden incluir los siguientes gastos:

- Servicio de pañales
- Cuotas de un gimnasio
- Personal doméstico
- Programas para dejar de fumar
- Programas para perder peso
- Pólizas de seguro de vida o de protección de ingresos
- Ropa de maternidad
- Medicamentos que compre sin receta
- Atención de enfermería para bebés sanos
- Cirugía cosmética
- Otros gastos que no se incluyen en la Publicación 502 del IRS

Nota: Se requiere un formulario nuevo en cada revisión anual o cada vez que se produce un cambio en la cantidad de integrantes de la familia, los ingresos, la dirección o el número de teléfono.

Última revisión del formulario: 8/13/13

El programa de intervención temprana de Baby Watch (*Baby Watch Early Intervention Program*, BWEIP) de Utah es solicitado por la Ley de Educación para Personas con Discapacidad (*Individuals with Disabilities Education Act*, IDEA) a fin de informar a los padres sobre las siguientes garantías procesales y protecciones sin costo en relación con los pagos de los servicios de intervención temprana:

Medicaid y CHIP

AVISO A FAMILIARES: Medicaid/CHIP le facturará por servicios de intervención temprana de su hijo si están cubiertas por cualquiera de los programas.

El BWEIP debe otorgar a los padres una notificación escrita antes de facturar al seguro de salud público (Medicaid o CHIP) los servicios de intervención temprana de sus hijos.

- No se puede solicitar a los padres la inscripción en el programa de seguro de salud público o de beneficios (Medicaid o CHIP) si estos no se inscribieron previamente en este programa para recibir los servicios de intervención temprana del BWEIP.
- No pueden negarse los servicios de intervención temprana, según se especifica en el Plan Individualizado de Servicios para la Familia (*Individualized Family Service Plan*, IFSP) del niño y el cual los padres han aceptado, en caso de que estos rechacen el permiso para que dichos servicios sean facturados a su seguro de salud público.
- Los programas BWEIP, Medicaid y CHIP forman parte del Departamento de Salud de Utah, por lo tanto, no es necesario el consentimiento de los padres antes de la presentación de la información personal de identificación de un niño (nombre, fecha de nacimiento, número de póliza y dirección) a los fines de facturación.
- Los padres tienen el derecho de retirar su consentimiento para divulgar la información personal de identificación de su niño en cualquier momento sin perjudicar los servicios del BWEIP que su niño recibe, según se especifica en el IFSP del niño.
- Se les debe informar a los padres del niño que la facturación a su seguro de salud público en Utah (Medicaid o CHIP) no generará una reducción en los beneficios de por vida ni implicará que estos deban pagar por servicios que de otro modo estarían cubiertos. Tampoco generará un aumento en las primas ni la interrupción de los beneficios o el seguro de salud público, ni el riesgo de pérdida de la elegibilidad para las exenciones de hogares o comunidades en función de los gastos de salud acumulados para el niño o sus padres.
- BWEIP deberá obtener el consentimiento por escrito de los padres si la facturación a su seguro de salud público generará una reducción en los beneficios de por vida, implicará que estos deban pagar por servicios que de otro modo estarían cubiertos, generará un aumento en las primas o la interrupción de los beneficios o el seguro de salud público, o bien, conllevará el riesgo de pérdida de la elegibilidad para las exenciones de hogares o comunidades en función de los gastos de salud acumulados para el niño o sus padres.

Cargos familiares

El BWEIP no cobrará un cargo por los servicios que un niño tenga derecho a recibir sin costo conforme a (IDEA): la identificación del niño, la evaluación, la coordinación del servicio, el desarrollo la revisión del IFSP, las disposiciones de procedimientos de protección y los servicios ofrecidos por escuelas para niños sordos y ciegos en Utah. Los derechos de los padres garantizan lo siguiente:

- Todos los servicios de intervención temprana conforme al IFSP se brindarán en forma gratuita y sin demoras, si la familia responde a la definición de incapacidad de pago que establece el estado.
- Las familias recibirán una revisión anual de los cargos familiares o podrán solicitar una revisión en cualquier momento.
- Las familias tienen el derecho de apelar el monto de los cargos familiares por medio del procedimiento de resolución de conflictos de su programa.
- Las familias tienen el derecho de recibir los servicios de forma ininterrumpida durante el proceso de apelación.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Se considerará que un servicio es prestado y la familia quedará sujeta a un cargo si no se presenta o si no cancela con la anticipación debida.
- **Tenga en cuenta realizar la cancelación hasta las 9:00 a. m. del día del servicio programado.**
- **Los servicios para los que se cobra un cargo se pueden suspender por falta de pago fuera de un plazo de vencimiento de 90 días.**

Nota: Se requiere un formulario nuevo en cada revisión anual o cada vez que se produce un cambio en la cantidad de integrantes de la familia, los ingresos, la dirección o el número de teléfono.

Última revisión del formulario: 8/13/13