

Beneficios de Seguro Público

Nombre del niño(a) _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____ ID de I-TEAMS _____

Nombre del médico de atención primaria (PCP)* _____ Núm. de teléfono del PCP* (###) ###-#### _____

Nombre de la clínica _____ Dirección de la clínica o calles principales _____

Estoy de acuerdo en que se proporcionó la siguiente información o apoyo:

- Mi Coordinador de Servicio, _____, revisó conmigo [Una Guía Familiar para la Financiación de los Servicios de Intervención Temprana en Arizona \(GCI-1086A-S\)](#), que describe el sistema de pagos del AzEIP. He recibido una _____ de la guía según mi solicitud.
- Mi Coordinador de Servicios revisó conmigo los [Derechos del Menor y la Familia bajo el Programa de Intervención Temprana de Arizona \(AzEIP\), GCI-1070A-S](#), que describe los derechos de mi hijo(a) y mi familia con AzEIP. He recibido una _____ de la guía según mi solicitud.
- Mi Coordinador de Servicios me explicó que los servicios de AzEIP siempre se proporcionan sin copagos ni costos directos para las familias.
- Entiendo que si decido no compartir mi información, los servicios de intervención temprana de mi familia no serán negados ni retrasados.
- Mi Coordinador(a) de Servicios me explicó cómo se financian los servicios de intervención temprana en Arizona con las agencias asociadas de AzEIP y que no consentir compartir mi información podría limitar el acceso a otros servicios proporcionados por esas agencias asociadas.
- Se me explicó que tengo el derecho de cambiar de opinión sobre compartir la información de mi hijo(a) en cualquier momento. Entiendo que cualquier cambio solo se aplicará a los servicios proporcionados después de que notifique a mi Coordinador de Servicios sobre mi decisión.
- Se me ofreció una copia de este formulario de Beneficios de Seguro Público completado.

Iniciales del padre/madre/tutor: _____

Entiendo mi responsabilidad de:

- Proporcionar una copia de cualquier Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) o Notificación de Acción (NOA, por sus siglas en inglés) que reciba por los servicios de AzEIP de mi hijo(a), si se solicita.
- Contactar a mi plan de salud si necesito información específica sobre la cobertura de seguro de mi hijo(a).

Iniciales del padre/madre/tutor: _____

Doy mi consentimiento para compartir la información personal identificable de mi hijo(a) y los registros de intervención temprana con AHCCCS y cualquier plan de seguro de salud de AHCCCS en el que esté inscrito(a) actualmente o en el futuro, y para que esta información se utilice para facturar los servicios cubiertos.

Iniciales del padre/madre/tutor: _____

Si corresponde, la razón por la que no consiento compartir mi información personal identificable (*completado por el padre/madre/tutor*): _____Me gustaría recibir ayuda de mi Coordinador de Servicio para aprender cómo obtener seguro médico. Sí No

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha del acuerdo*: _____

Este consentimiento expirará cuando todos los servicios de intervención temprana de mi hijo(a) hayan sido pagados y las apelaciones resueltas por AHCCCS y sus planes de salud, a menos que firme un nuevo formulario de Beneficios de Seguro Público.

Nombre del niño(a)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

ID de I-TEAMS

Información del plan de salud de AHCCCS (si está inscrito actualmente)	
Nombre del plan de salud	Fecha de nacimiento del asegurado
ID de AHCCCS del miembro	Nombre del miembro (como aparece en la tarjeta del seguro)
Si no está disponible el ID de AHCCCS, otro número de póliza	
Fecha de inicio de la cobertura*	Fecha del fin de la cobertura (Deje en blanco si no se conoce)

[A Family's Guide to Funding Early Intervention Services in Arizona \(Spanish\)](https://des.az.gov/sites/default/files/legacy/dl/GCI-1086A-S.pdf)

<https://des.az.gov/sites/default/files/legacy/dl/GCI-1086A-S.pdf>

