



## MONTANA MILESTONES PARTE C CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE SEGUROS

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Información sobre Seguros

Medicaid ID: \_\_\_\_\_

**Compañía de Seguros Primaria:** \_\_\_\_\_

Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

**Compañía de Seguros Secundaria:** \_\_\_\_\_

Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

### Reconocimientos de Documentos Justificativos

Para cada uno de los puntos que figuran a continuación, mis iniciales reflejan que he recibido una copia del documento y que me ha sido explicado.

(Iniciales de los Padres):

\_\_\_\_\_ **Hitos de Montana Parte C Notificación Escrita para el Uso de Seguros Privados y Beneficios Públicos.**

\_\_\_\_\_ **Política del Sistema de Pagos de Hitos de Montana Parte C.**

\_\_\_\_\_ **Manual de Resolución de Disputas de Montana Milestones con Garantías Procesales.**

He recibido una copia de cada uno de los documentos mencionados y me los han explicado. No necesito una copia adicional y sé que puedo acceder a ellas en cualquier momento en:

<https://dphhs.mt.gov/ecfsd/childcare/montanamilestones/part-c-early-intervention-guidance-and-forms>

\_\_\_\_\_ (Inicial de los padres)

### Sin seguro

(Iniciales de los Padres)

\_\_\_\_\_ Mi hijo no tiene seguro público ni privado. Entiendo que no estoy obligado a inscribir a mi hijo en beneficios públicos o programas de seguro como condición para recibir Montana Milestones como se explica en la Política del Sistema de Pagos de Montana Milestones.

### **Consentimiento para Utilizar un Seguro Privado**

(Iniciales de los Padres)

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para facturar a mi seguro privado los servicios de intervención temprana que figuran en nuestro IFSP. Autorizo la divulgación de información personal identificable a mi seguro privado para solicitar el pago de beneficios. Autorizo a mi seguro privado a efectuar los pagos a mi proveedor. Entiendo que puedo revocar este permiso en cualquier momento notificándolo a mi Especialista de Apoyo Familiar. Entiendo que si mi hijo está cubierto tanto por Medicaid ( beneficio público) como por un seguro privado, entonces se debe facturar primero a mi seguro privado. Si se factura al seguro y el pago se hace a mi familia en lugar de directamente a mi proveedor, entiendo que debo enviar el pago y el formulario de Explicación de Beneficios a mi proveedor.

\_\_\_\_\_ No doy mi consentimiento para facturar al seguro privado los servicios de intervención temprana que figuran en nuestro IFSP. Entiendo que mi hijo podrá recibir los servicios del IFSP, aunque yo no dé mi consentimiento.

### **Consentimiento para Utilizar el Seguro Público**

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para facturar a Medicaid u otro seguro público los servicios de intervención temprana que figuran en nuestro IFSP. Autorizo la divulgación de información personal identificable a Medicaid u otro seguro público para solicitar el pago de prestaciones. Autorizo a Medicaid o a mi otro seguro público a efectuar los pagos a mi proveedor. Entiendo que puedo revocar este permiso en cualquier momento notificándolo a mi Especialista de Apoyo Familiar. Entiendo que si mi hijo está cubierto tanto por Medicaid ( beneficio público) como por un seguro privado, entonces se debe facturar primero a mi seguro privado. Si se factura al seguro y el pago se hace a mi familia en lugar de directamente a mi proveedor, entiendo que debo enviar el pago y el formulario de Explicación de Beneficios a mi proveedor.

\_\_\_\_\_ No doy mi consentimiento para facturar a Medicaid o a mi otro seguro público los servicios de intervención temprana que figuran en nuestro IFSP. Entiendo que mi hijo podrá recibir los servicios del IFSP, aunque yo no dé mi consentimiento.

Firma del Padre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

