

## Intervención Temprana de Rhode Island Health Insurance Consentimiento para divulgar información



### INFORMACIÓN DEL NIÑO

Apellido:	Nombre:	FDN:	ID#:
-----------	---------	------	------

### INFORMACIÓN DE SEGURO PRIVADO

**Indique el seguro primario. Si el seguro primario o secundario es Medicaid de Rhode Island, consulte esa sección a continuación.**

<input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield	<input type="checkbox"/> Neighborhood	<input type="checkbox"/> UnitedHealthcare	<input type="checkbox"/> Tufts	Otro:
Nombre del titular de la póliza:		Número de miembro:		Dirección de reclamos / número de teléfono:
Número de grupo:		Fecha efectiva de cobertura:		

### Indique seguro secundario (si corresponde)

<input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield	<input type="checkbox"/> Neighborhood	<input type="checkbox"/> UnitedHealthcare	<input type="checkbox"/> Tufts	Otro:
Nombre del titular de la póliza (si se indica):		Número de miembro:		Dirección de reclamos / número de teléfono:
Número de grupo:		Fecha efectiva de cobertura:		

### Consentimiento para divulgar información

Con mi consentimiento, se compartirá la información necesaria con mi(s) compañía(s) de seguros para fines de facturación. Dicha información puede incluir el nombre de mi hijo(a), fecha de nacimiento, número de póliza, dirección, diagnóstico, detalles del servicio (tipos de servicios proporcionados y fechas de los servicios, a partir de la fecha de la referencia), y otra información necesaria para procesar las reclamaciones al seguro. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento sin perder los servicios de Intervención Temprana (EI, por sus siglas en inglés) que mi hijo(a) recibe, notificando a mi coordinador(a) de servicios.

- Doy mi consentimiento para compartir la información necesaria con mi(s) compañía(s) de seguros para fines de facturación.
- NO doy mi consentimiento para compartir la información necesaria con mi(s) compañía(s) de seguros para fines de facturación.

Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE MEDICAID DE RHODE ISLAND

Nombre del titular de la póliza:		
<input type="checkbox"/> United Healthcare RIte Care	Número de miembro de RIte Care:	
<input type="checkbox"/> Neighborhood Health Plan of RI RIte Care	Número de miembro de RIte Care:	
<input type="checkbox"/> Tufts Health RItogether	Número de miembro de RIte Care:	
<input type="checkbox"/> Seguro privado *	Número de miembro:	Dirección de reclamos / número de teléfono:
	Número de grupo (si se indica):	
<input type="checkbox"/> RI Medical Assistance	RI Medicaid ID (MID):	
Fecha efectiva de cobertura:		

\* Si los padres tienen tanto Medicaid de Rhode Island como seguro privado, las regulaciones de Medicaid de Rhode Island requieren el uso de un seguro privado como seguro primario. Complete las líneas de seguro privado y las líneas de asistencia médica de RI en la sección Medicaid de Rhode Island

### ATENCIÓN DE INGRESOS INFANTILES

El Estado de RI puede solicitar dólares federales para igualar los dólares estatales gastados para proporcionar servicios a niños y familias. Su respuesta no afectará de ninguna manera los servicios prestados a usted y a su hijo.

- El ingreso anual de mi hijo es **mayor al 300%** del ingreso federal de la seguridad social.
- El ingreso anual de mi hijo es **menos del 300%** del ingreso federal de la seguridad social.

**Para 2026**, el ingreso anual del niño deberá ser  $(\$11,929.46 \times 3)$  **\$ 35,788.38** para exceder el 300% del ingreso federal de la seguridad social. Este monto se puede determinar visitando <http://www.ssa.gov/OACT/COLA/SSI.html> por debajo del monto anual para una persona elegible, multiplicado por 3.