

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.

| | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------------|-------------------|---------------------------------------------|
| Blue Cross Blue Shield | Neighborhood Health Plan | UnitedHealthcare | Tufts Health Plan | 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)

| | | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------------------------------|
| Blue Cross Blue Shield | Neighborhood Health Plan | UnitedHealthcare | Tufts Health Plan | 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

Doy mi consentimiento para divulgar información a mi compañía de seguros con fines de facturación. La información necesaria puede incluir el nombre de mi hijo, fecha de nacimiento, número de póliza, dirección, diagnóstico, fechas de servicio, servicios y otra información necesaria para procesar reclamos de seguro. Doy mi consentimiento para la divulgación de esta información y entiendo que puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento sin perder los servicios de EI que recibe mi hijo, notificándolo a mi coordinador de servicios.

No doy mi consentimiento para divulgar información a mi compañía de seguros con fines de facturación.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

INFORMACIÓN DE MEDICAID DE RHODE ISLAND

| | | |
|------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|
| Nombre del titular de la póliza: | | |
| United Healthcare RIte Care | Número de miembro de RIte Care: | |
| Neighborhood Health Plan of RI RIte Care | Número de miembro de RIte Care: | |
| Tufts Health RITogether | Número de miembro de RIte Care: | |
| Seguro privado * | Número de miembro: | Dirección de reclamos / número de teléfono: |
| | Número de grupo (si se indica): | |
| 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.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Para 2023, el ingreso anual del niño deberá ser \$ (\$10,970 x 3) 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.