

# RECUPERACIÓN DEL PAGO DEL SEGURO CORRESPONDIENTE A BIRTH TO THREE



## REQUISITO DE PAGO PARA RECUPERAR EL DINERO ADEUDADO

N.º de Birth to Three: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

N.º de política: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Estimado/a padre o madre de \_\_\_\_\_

La Connecticut Office of Early Childhood (“OEC”, Oficina de la Primera Infancia de Connecticut), junto con las agencias contratantes, mantiene un sistema estatal de Early Intervention Services (“EIS”, servicios de intervención temprana) para Birth to Three (“B23”, Programa para el desarrollo de niños desde el nacimiento hasta los tres años) para niños elegibles y sus familias, incluida la de usted. B23 ha brindado servicios y apoyo a su hijo que presenta, o es probable que presente, un retraso significativo en el desarrollo.

Las leyes y los reglamentos determinan cómo se pueden utilizar las fuentes de financiación públicas y privadas para pagar los EIS proporcionados a su niño. La OEC garantiza que los fondos disponibles para los EIS se gasten adecuadamente.

**Se informó a la OEC que usted recibió dinero en forma de un cheque del seguro relacionado con el programa Connecticut B23. Quizás no sepa que estos fondos pertenecen al programa B23. Por lo tanto, el programa necesita recuperar estos fondos para pagar los EIS que se le proporcionaron a su hijo.**

Usted completó y firmó el formulario de Cobro del seguro y consentimiento para divulgar información de Connecticut B23, el \_\_\_\_\_, que le exige entregar a su proveedor B23 cualquier reembolso del seguro correspondiente a B23 que se le haya pagado. Se incluye una copia de su consentimiento firmado con esta carta.

\_\_\_\_\_ le emitió el cheque número \_\_\_\_\_ con fecha \_\_\_\_\_ para reembolsar el pago de EIS proporcionados a su hijo. ¡Les agradecemos por su colaboración y asistencia en este asunto y le solicitamos que se comunique de inmediato con \_\_\_\_\_

e informe a \_\_\_\_\_ que usted envía el pago por el monto de \_\_\_\_\_, que es el mismo monto que usted recibió de \_\_\_\_\_. Por favor, envíe el pago directamente a \_\_\_\_\_ dentro de los 30 días de la fecha de esta carta.

Si no recibe su pago según lo solicitado anteriormente, el estado podría iniciar acciones legales de conformidad con Conn. Gen. Stat. (Legislación General de Connecticut), sección 10-9(a), Mal uso de fondos o recursos estatales; acción civil por departamento; Título 20 del United States Code (U.S.C., Código de los Estados Unidos), sección 1234a, Recuperación de fondos; o cualquier otra sección aplicable para recuperar el monto adeudado.

Si desea refutar la información contenida en esta carta, tiene preguntas, ha pagado gastos de bolsillo por los EIS de B23 o tiene una póliza de seguro de salud individual o grupal con deducible alto, comuníquese con su coordinador de servicios al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ tan pronto como sea posible. Si intenta comunicarse con su coordinador de servicios y no recibe una respuesta en un plazo de cinco días, comuníquese con el contacto de la familia mediante el correo electrónico [oec.b23family@ct.gov](mailto:oec.b23family@ct.gov) o al 1-860-500-4420.