Recopilación de información sobre seguros y consentimiento del Sistema Birth to Three de Connecticut

El Sistema se financia a partir de una combinación de fondos estatales y federales, Medicaid, y seguros médicos privados con el fin de apoyar a la mayor cantidad de familias posibles.

SECCIÓN 1

Nombre del niño: _____ **N.º de Birth to Three:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

SECCIÓN 2 - Información sobre el sistema Birth to Three ("B23") y el sistema de pagos ("SOP") - Entiendo lo siguiente:

- No estoy obligado a inscribirme en HUSKY ni en un seguro médico privado para recibir los servicios de Birth to Three (B23, Programa para el desarrollo de niños desde el nacimiento hasta los tres años).
- Es posible que el plan de mi seguro médico esté exento de los mandatos sobre seguro de Connecticut. La Affordable Care Act (Ley de Cuidado de Salud Asequible) puede evitar que mi plan afecte de manera negativa mis protecciones, como la aplicación de pagos sobre el máximo anual o los límites de por vida de la póliza.
- Soy responsable de pagar los costos de la prima de seguro que cobre mi proveedor de seguro médico privado.
- Si yo tengo un Health Reimbursement Arrangement (HRA, Acuerdo de reembolso de gastos médicos) o una Health Savings Account (HSA, Cuenta de ahorros para gastos médicos) configurada para el retiro automático de los gastos de bolsillo relacionados con una reclamación de seguro, y si doy mi consentimiento para que B23 o el proveedor facturen a mi seguro y compartan mi información, es posible que se retiren fondos. Puedo cambiar la función de retiro automático al comunicarme con mi compañía de seguro y/o empleador.
  - Si se retiran fondos automáticamente de mi HSA/HRA por reclamaciones de B23, puedo coordinarme con mi coordinador de servicios para presentar una solicitud para que se me reintegren dichos fondos.
- En caso de que me envíen directamente el reembolso de un seguro privado, debo enviar dicho pago a B23.
- Si mi hijo/a tiene HUSKY A o C y un seguro privado, debo dar mi consentimiento a B23 o al proveedor para que facturen primero mi seguro privado.
- Debo informar a mi coordinador de servicios si adquiero un seguro nuevo.
- Mi consentimiento es voluntario y permanece vigente a menos que se lo revoque por escrito. Dicha revocación no se aplica a la información que ya haya sido compartida o divulgada.
- Se debe obtener mi consentimiento si aumenta la frecuencia, la duración o la intensidad de la provisión de los servicios en el Individual Family Support Plan (IFSP, Plan de Apoyo Familiar Individual) de mi hijo/a.
- Mi hijo/a y mi familia recibirán una valoración y, de ser elegibles, una evaluación, el IFSP y los servicios y apoyos específicos de B23 sin demora o denegación independientemente de si proporciono mi consentimiento para enviar las facturas al seguro y divulgar la información.
- Si yo decido participar en B23 y mi hijo/a está inscrito en HUSKY A o C, se presentarán reclamaciones y se compartirá nuestra Protected Health Information (PHI, Información médica protegida) y nuestra Personally Identifiable Information (PII, Información de identificación personal) con fines de facturación.

SECCIÓN 3 : Seguro médico

Obligatorio: ¿Mi hijo/a tiene seguro médico?

☐ **SÍ,** mi hijo/a tiene cobertura de seguro médico. *Diríjase a la siguiente sección*

☐ **NO,** mi hijo/a no tiene cobertura de seguro médico. Entiendo que no estoy obligado a inscribirme en Medicaid ni en un seguro médico privado para recibir los servicios. *Diríjase a la Sección* 6

SECCIÓN 4 : Cobertura de HUSKY A o C (Medicaid)

Obligatorio: ¿Mi hijo/a está cubierto por el seguro HUSKY A o C? (Para HUSKY B, marque "NO" y diríjase a la Sección 5).

☐ **NO** , no cuenta con cobertura de HUSKY A o C: *Diríjase a la siguiente sección*

☐ **SÍ** : *Complete los siguientes datos y diríjase a la siguiente sección*

N.º de HUSKY (9 dígitos): _____ Nombre que figura en la tarjeta (si es diferente): _____

SECCIÓN 5 - Seguro privado o HUSKY B

Obligatorio: ¿Mi hijo/a tiene cobertura de un seguro médico comercial/privado o HUSKY B?

☐ **NO** : *Diríjase a la Sección* 6 ☐ **YES** : *Complete esta sección y diríjase a la Sección* 6

¿Entiende, acepta y da su consentimiento para que B23 o el programa al que se le haya asignado (1) facture al seguro médico de su hijo/a (2) comparta y remita las reclamaciones al seguro de su hijo/a y (3) divulgue o intercambie su PHI y PII, así como las de su hijo/a, con el fin de facturar los servicios de B23 ? Dar su consentimiento es opcional y no es obligatorio. Consulte la Sección 2 para obtener más detalles.

☐ **SÍ,** estoy de acuerdo y doy mi consentimiento. Proporcione los datos de todos los planes de seguro médico. *Diríjase a la siguiente sección*

☐ **NO,** no estoy de acuerdo y no doy mi consentimiento. *Diríjase a la siguiente sección*

SECCIÓN 5 - Seguro privado o HUSKY B (continúa)

Seguro principal:

Nombre del seguro: _____ Número de miembro: _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Seguro secundario:

Nombre del seguro: _____ Número de miembro: _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

SECCIÓN 6 : Reconocimiento y comprensión

Recibí una copia de la documentación de Parent Rights (Derechos parentales) y el System of Payments (SOP, sistema de pago), qué también se encuentran disponibles en línea en www.birth23.org. La documentación incluye opciones para la resolución de conflictos en caso de que no esté de acuerdo con alguna decisión tomada en B23, incluyendo la facturación o un seguro privado.

Inicial:_____ ***Diríjase a la siguiente sección***

SECCIÓN 7 : Consentimiento informado

Entiendo y estoy de acuerdo con las disposiciones descritas en las Secciones 2, 5 y 6. Con base en mi respuesta en la Sección 5, reconozco lo siguiente:

- Si doy mi consentimiento, autorizo a B23 o al programa que se me haya asignado a facturar al seguro médico privado de mi hijo/a o a HUSKY B, así como a acceder a los seguros o beneficios públicos relacionados con el fin de pagar los servicios de la Parte C de la Individuals with Disabilities Education Act (IDEA, Ley de Educación para Personas con Discapacidades) sin costo alguno para mí. Además, doy mi consentimiento para que se comparta y divulgue toda la información educativa y médica necesaria para tramitar reclamaciones, incluidos los registros que mantiene B23. Si se determina que mi hijo es elegible, las reclamaciones al seguro también pueden incluir los servicios que figuran en el IFSP de mi hijo/a. Entiendo que no seré responsable de ningún gasto de bolsillo, incluidos copagos y deducibles. Si revoco mi consentimiento en cualquier momento, el estado continuará brindando todos los servicios de la Parte C de la IDEA que figura en el IFSP para los cuales he dado mi consentimiento, sin facturar a mi seguro y sin costo alguno para mí.
- Si no doy mi consentimiento, entiendo que B23 no facturará a mi seguro médico privado ni a HUSKY B. Mi hijo/a continuará recibiendo todos los servicios de la Parte C de la IDEA que figura en el IFSP para los cuales he dado mi consentimiento, sin costo alguno para mí.

Para obtener más detalles sobre los requisitos de seguro, las prácticas de facturación y las disposiciones de consentimiento, consulto la Sección 2: Información sobre B23 y System of Payments (SOP, sistema de pagos).

Nombre y apellido: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____

SECCIÓN 8 : Revocación : ÚSELA SOLO SI ES NECESARIO PARA EL SEGURO PRIVADO Y HUSKY B

A partir de la fecha de mi firma a continuación, por la presente revoco mi consentimiento para autorizar la facturación, el intercambio y la divulgación de la información educativa y médica necesaria para procesar las reclamaciones de seguro en nombre de mi hijo/a. Entiendo y acepto que, si revoco mi consentimiento, el estado seguirá proporcionando aquellos servicios de la Parte C de la IDEA incluidos en el IFSP para los cuales he dado mi consentimiento. Entiendo y acepto que la revocación no se aplica a la información que ya haya sido divulgada.

Nombre y apellido: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____

Solo para uso de la oficina

CONNECTICUT Early Childhood