|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del niño: | | N.º de Birth to Three: |
| Fecha de nacimiento: | Nombre del programa Birth to Three: | Número de teléfono del programa: |

*Con el fin de apoyar a tantas familias como sea posible, el sistema Birth to Three (Programa de asistencia para niños con discapacidades desde el nacimiento hasta los tres años) de Connecticut está financiado por una combinación de fondos federales y estatales, Medicaid y el seguro médico privado. (Consultar el formulario 1-3a según corresponda).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Los estatutos y reglamentos federales y estatales establecen que (1) el sistema Birth to Three de Connecticut no divulgará ninguna información de identificación personal para la facturación del seguro público/privado sin el consentimiento de los padres; (2) el estado no cobrará copagos ni deducibles requeridos por la compañía aseguradora; (3) el reembolso del seguro no excederá el costo del estado por los servicios; (4) los padres no están obligados a registrarse ni inscribirse en un seguro médico público o privado para recibir los servicios; (5) los padres pueden retirar el consentimiento para facturar al seguro en cualquier momento; (6) la inscripción en Birth to Three no afectará negativamente la disponibilidad de seguro médico para el niño, los padres ni los familiares del niño; y (7) la facturación no dará lugar a un aumento en las primas ni a la interrupción de los beneficios de seguro público o privado para el niño o su familia.  **Excepciones a la ley estatal anterior sobre la facturación al seguro médico privado:** algunos planes de seguros privados no deben seguir los mandatos estatales de Connecticut según lo mencionado anteriormente (p. ej., los planes autofinanciados por un empleador, también denominados planes ERISA, planes establecidos por compañías que no ofrecen seguros médicos en Connecticut u otras pólizas del estado). Estos planes no obligatorios pueden pagar o no las indemnizaciones por los servicios Birth to Three o pueden afectar otras protecciones anteriores (consultar el formulario 1-3a). | | | |
| **Número de** **Medicaid del niño:** Husky 🞏 A 🞏 B N.º \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | | | |
| **Nombre de la compañía de seguros principal:** | | Dirección del reclamo: | |
| Teléfono: | | Fecha de entrada en vigencia: | |
| Número de miembro: | | Número del grupo: | |
| Empleador: | | Dirección del empleador: | |
| Nombre del titular de la póliza principal: | Fecha de nacimiento: | Relación con el niño: | Dirección postal: |
| ¿Es la dirección del titular de la póliza principal la misma que la del hogar? 🞏Sí 🞏 No | | | |
| **Nombre de la compañía de seguros secundaria:** | | Dirección del reclamo: | |
| Teléfono: | | Fecha de entrada en vigencia: | |
| Número de miembro: | | Número del grupo: | |
| Empleador: | | Dirección del empleador: | |
| Nombre del titular de la póliza secundaria: | Fecha de nacimiento: | Relación con el niño: | Dirección postal: |
| ¿Es la dirección del titular de la póliza secundaria la misma que la del hogar? 🞏Sí 🞏No | | | |
| ⬩ ¿Es el plan no obligatorio? 🞏Sí 🞏No Si la respuesta es afirmativa, complete el formulario 1-3a  ⬩ ¿Existe una cuenta de ahorros para la salud?🞏Sí 🞏No No se facturará a una HSA sin un formulario 1-3-HSA firmado | | | |

**\_\_\_\_**Autorizo la divulgación de información médica u otra información necesaria para procesar los reclamos a mi aseguradora o a Centers for Medicare & Medicaid Services (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) federales en nombre de mi hijo, quien está siendo evaluado y, conforme el resultado, es posible que se inscriba en el sistema Birth to Three de Connecticut. Entiendo que en caso de que me envíen directamente el pago por los servicios de Birth to Three, debo enviar dicho pago a mi programa Birth to Three. También entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento.

**\_\_\_\_**No autorizo la divulgación.

**\_\_\_\_**No tengo seguro.

Nombre en **letra de imprenta** Firma Fecha

**\_\_\_\_\_** Consentimiento revocado el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(firma)

|  |  |
| --- | --- |
| Información revisada por: | Firma del representante de Birth to Three/fecha |