|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del niño:  Nombre: Segundo nombre: Apellido: | | N.º de Birth to Three: |
| Fecha de nacimiento: *(verificar)* | Nombre del programa Birth to Three: | Número de teléfono del programa: |

*Los servicios proporcionados por el sistema Birth to Three (Programa para el desarrollo de niños desde el nacimiento hasta los tres años) de Connecticut para los niños elegibles están financiados por Medicaid, el seguro médico privado, los fondos estatales y federales.*

Las leyes de Connecticut 38a-516a y 38a-490a exigen planes de seguro médico con el fin de proporcionar cobertura para los servicios Birth to Three. Las leyes también especifican lo siguiente:

* El sistema Birth to Three de Connecticut no divulgará ninguna información de identificación personal para la facturación del seguro sin el consentimiento de los padres.
* El estado no cobrará copagos ni deducibles requeridos por la compañía aseguradora.
* Los padres no están obligados a registrarse ni inscribirse en un seguro médico público o privado para recibir los servicios.
* Los padres pueden retirar el consentimiento para facturar al seguro en cualquier momento.
* La inscripción en Birth to Three no afectará negativamente la disponibilidad de seguro médico para el niño, los padres ni los familiares del niño.
* 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.
* El reembolso de las tarifas de los padres y el seguro no excederá el costo del estado por los servicios.

**Se ha determinado que su plan de seguro médico está exento de las leyes estatales de seguros. Por lo tanto, puede elegir autorizar o no autorizar al sistema Birth to Three a presentar reclamos con su plan.**

Si decide permitir que el sistema Birth to Three le facture a su plan de seguro médico, también debe tener en cuenta lo siguiente (*escriba sus iniciales en cada opción a medida que revisa*):

\_\_\_\_\_Es posible que su plan de seguro médico esté o no de acuerdo para cubrir los servicios de Birth to Three. La decisión no afectará en los apoyos que usted o su familia reciben de ninguna manera.

\_\_\_\_\_Si su plan de seguro médico ofrece cobertura, la Affordable Care Act (Ley de Cuidado de Salud Asequible) puede o no evitar que su plan aplique dichos pagos sobre el máximo anual o los límites de por vida de la póliza.

\_\_\_\_\_La decisión de permitir o no la facturación depende completamente de usted como asegurado nombrado Y puede cambiar de decisión en cualquier momento y por cualquier motivo.

\_\_\_\_\_Su hijo y familia continuarán recibiendo los servicios y apoyos especificados en su Individualized Family Service Plan (IFSP, Plan de Servicio Familiar Individualizado), independientemente de su decisión sobre la facturación del seguro.

Analice esta decisión con su coordinador de servicios, su empleador y su familia, según sea necesario para una total comprensión antes de tomar su decisión.

**Autorización de facturación no obligatoria (para completar con el formulario 1-3)**

Autorizo al programa Birth to Three mencionado anteriormente a proporcionar información con el fin de facturar a mi plan de seguro médico, que está exento de los mandatos de seguros de Connecticut. 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. Esta autorización sigue en vigencia durante el tiempo que mi hijo esté inscrito en el sistema Birth to Three de Connecticut o hasta que revise este formulario para revocar la autorización. Completaré un nuevo formulario 1-3 si consigo un nuevo seguro.

Nombre en letra de imprenta Firma Fecha

**O**

No autorizo al programa Birth to Three mencionado anteriormente a proporcionar información con el fin de facturar a mi plan de seguro médico, que está exento de los mandatos de seguros de Connecticut, o revoco dicha autorización.

Nombre en letra de imprenta Firma Fecha