



CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE BENEFICIOS PÚBLICOS

El Programa de IT (intervención temprana), _____ solicita su permiso para facturar a Medicaid por las evaluaciones y servicios de intervención temprana para su hijo/a, _____. Necesitamos de su consentimiento.

Yo doy permiso para que se facturen las evaluaciones y servicios de intervención temprana de mi hijo a Medicaid. Doy permiso a este programa de IT para divulgar y/o recibir información de parte de la agencia de Medicaid. Sé que esta información será privada y se utilizará para brindar servicios de intervención temprana. Entiendo que puedo incurrir en un costo por participar en Medicaid; como por ejemplo, el uso obligatorio de un seguro privado como el seguro principal. Se me ha brindado la información completa relevante sobre el uso de Medicaid y entiendo y acepto por escrito la divulgación de cualquier y todos los registros de intervención temprana, incluyendo:

_____.

También sé que mi permiso es voluntario y que puedo retirarlo en cualquier momento.

Firma del padre o madre: _____

Fecha: _____

No doy permiso para que las evaluaciones y los servicios de intervención temprana de mi hijo sean facturados a Medicaid.

Firma del padre o madre: _____

Fecha: _____