

I. Confirmación de que se proporcionó la información para la elección:

Yo, _____, he sido informado de lo siguiente:
(FAMILIA O REPRESENTANTE LEGAL DEL BEBÉ O NIÑO PEQUEÑO)

- a) Que se ha determinado que es probable que mi hijo califique para fondos de exención para alguno o todos los servicios autorizados en el plan de servicios familiares individualizados (IFSP).
- b) Acerca de alternativas de servicio adecuadas en el hogar o en la comunidad, incluidos servicios financiados en virtud de la exención de Medicaid, el programa de evaluación temprana, diagnóstico y tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT), el programa de tarifas de intervención temprana (EI-MA) y otros tipos de intervención temprana financiados por el estado/el condado.
- c) Acerca de mi derecho a indicar una elección para servicios domiciliarios y en la comunidad en virtud de una exención de Medicaid o una institución de cuidados intermedios (Intermediate Care Facility, ICF)/discapacidad intelectual (Intellectual Disabilities, ID)/otras afecciones relacionadas (other related conditions, ORC).
- d) Acerca de mi derecho a una audiencia justa con Medicaid y a presentar apelación.
- e) Acerca de mi derecho a elegir proveedores.

Al designar mis elecciones para los servicios:

- a) Reconozco que se me han explicado de un modo satisfactorio las alternativas de servicios domiciliarios y en la comunidad, incluidos los fondos de exención para servicios del IFSP.
- b) Entiendo que los servicios financiados con la exención solo estarán disponibles hasta el punto en que sean necesarios, en función del IFSP de mi hijo.
- c) Entiendo que mi hijo recibirá los servicios del IFSP, independientemente de si yo elijo participar en la exención.
- d) Entiendo que algunos de los servicios del IFSP pueden financiarse con la exención, y que otros servicios pueden financiarse con otras fuentes de fondos, pero que, en cualquier caso, mi hijo debe recibir todos los servicios de intervención temprana autorizados en el IFSP.

II. Designación de la elección de servicio:

Mi elección de servicio es (marcar solo uno):

- Elijo participar en la exención.
- Elijo ICF/ID/ORC para mi hijo.

Me han permitido elegir el proveedor:

- De acuerdo
- En desacuerdo

III. Información del participante y firmas:

NOMBRE DEL BEBÉ/NIÑO PEQUEÑO:		NÚMERO DE ACCESO:	
DIRECCIÓN:			
		NÚMERO DE TELÉFONO:	
NOMBRE DEL PADRE/MADRE, FAMILIA O REPRESENTANTE LEGAL:			
FIRMA:		FECHA:	
DIRECCIÓN:			
		NÚMERO DE TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:
NOMBRE DE LA PERSONA DESIGNADA DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL/DISCAPACIDADES INTELECTUALES DEL CONDADO:			
FIRMA:		FECHA:	
DIRECCIÓN:			
CARGO:		NÚMERO DE TELÉFONO:	