



INFORMED CONSENT FOR THIRD PARTY BILLING AND ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS

- I understand that the Warren Center is required to access any and all private, state, and federal financial supports for services.
- I understand that I may be charged for professional services based on my family size and income.
- I understand that there will be no charge for service coordination, evaluation and assessment, IFSP development, procedural safeguards, or translation/interpretation services.
- I understand that some of the professional services provided to my child may be covered under my family's group health insurance.
- If my insurance carrier pays for professional services in a given month, I understand that this will cover my cost share for that month.
- I understand that the Warren Center will absorb my co-payments, and by allowing the Warren Center to bill my insurance, I may reach my deductible level more quickly.
- If my insurance carrier declines to cover these professional services, I understand that I will be responsible for my cost share.
- I understand that failure to pay my cost share may result in suspension of my child's billable services.
- I understand that I am not obligated to allow the Warren Center to bill my insurance company for services for my child and our family.

My consent is voluntary and may be withdrawn at any time.

- I hereby give permission for the Warren Center to bill my insurance company or other health maintenance organization for services provided to my child and our family by the Warren Center.*
- I do not give my permission for the Warren Center to bill my insurance company or other health maintenance organization for services provided to my child and our family by the Warren Center. I understand this obligates me to pay my cost share.*

 Parent/Guardian/Surrogate Parent Signature Date

 Interpreter Date

Additional Information:

 Child's Name Child's Date of Birth

 Family's Name

 Address City / State / Zip



ECI OF RICHARDSON/NORTH DALLAS
an affiliate of Texas Early Childhood Intervention
a program of the warren center



INFORME DEL CONSENTIMIENTO DE COBRO A TERCERAS PARTES Y ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS DE LA ASEGURANSA.

- Yo entiendo que el Centro de Desarrollo para the Warren Center requerirá acceder cualquiera y todos los soportes financieros privados, del estado, y federales, para los servicios.
- Yo entiendo que puedo ser cargado por costos de servicios profesionales basado en el número de miembros de mi familia e ingresos.
- Yo entiendo que no habrán cargos por servicios de coordinación, evaluación y presupuesto, desarrollo del IFSP, procedimientos de salvaguardar, o servicios de traducción/interpretación.
- Yo entiendo que algunos de los servicios profesionales suministrados a mi hijo (a) pueden ser cubiertos bajo el seguro de salud de mi grupo familiar.
- Si mi aseguransa incurriera en pagos por servicios profesionales dados en un mes; Yo entiendo que estos cubrirán mi costo compartido por ese mes.
- Yo entiendo que el The Warren Center absorberá mis co-pagos, y por concesión el the Warren Center cobrará a mi aseguransa; Yo debo cubrir el monto de mis deductibles lo más pronto posible.
- Si mi aseguransa incurriera en declinar cubrir éstos servicios profesionales; Yo entiendo que; Yo seré responsable de cubrirlos por mi cuenta.
- Yo entiendo que la falta de pagos de mi adeudo puede resultar en suspensión de los servicios adeudables de mi hijo (a).
- Yo entiendo que; Yo no estoy obligado (a) a conceder a el the Warren Center a cobrar a mi compañía de aseguransa por los servicios suministrados a mi hijo (a) y nuestra familia.

Mi consentimiento es voluntario y puede ser retirado en cualquier momento.

- Yo debidamente doy permiso a el the Warren Center a cobrar a mi compañía de aseguransa ú otra organización de soporte de salud, por los servicios provistos por el the Warren Center, a mi hijo (a) y a nuestra familia.*
- Yo no doy mi permiso a el the Warren Center a cobrar a mi compañía de aseguransa ú otra organización de soporte de salud, por los servicios provistos por el the Warren Center a mi hijo (a) y a nuestra familia. Yo entiendo que esto me obliga a pagarlos por mi cuenta.*

Firma del Padre, Encargado (a) o Sústituto del Padre

Fecha

Traductor (a)

Fecha

Información Adicional:

Nombre del Niño (a) _____
Fecha de Nacimiento

Apellido de la Familia

Dirección _____
Ciudad / Estado / Codigo Postal