



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



RECURSOS FINANCIEROS

Los servicios provistos por el ECI de Richardson/Norte de Dallas, un programa del Warren Center, son parcialmente consolidados a través de una garantía federal y del estado. En adición a estas fuentes, el Warren Center está obligado a acceder cualquiera y todos los servicios de ayuda financiera, privados, del estado, y federales. La información que usted proporciona acerca de su ingreso y de la aseguransa de salud de su niño (a) habilita al Warren Center a acceder estas fuentes de financiamiento. Gracias por tomarse el tiempo en completar esta información.

Nombre del Niño (a): _____ **Fecha de Nacimiento:** __/__/__ **Fecha:** __/__/__

Información del Ingreso – Por favor completelo tal como lo reporto al IRS **NINGUN CAMBIO**

Ingreso Familiar Bruto Anual: _____ **No. de Integrantes en la Familia:** _____
Niños Adicionales inscritos en los servicios del ECI: _____

Por favor marque todas las que apliquen y proporcione los números correctos **NINGUN CAMBIO AL SEGURO**

My hijo (a) está inscrito en el Medicaid, CHIP, SSI ó TANF ó está viviendo en un hogar témporal ó en tutela del estado. *(El costo compartido familiar sera de \$0.00)*

Mi hijo (a) está cubierto (a) por el siguiénte centro de salud **PUBLICO** ó aseguransa médica:

_____ Plan de Aseguransa de Salud para Niños (CHIP) # _____
 # de Subscriptor _____
 Fecha efectiva _____
 _____ AmeriGrupo (AmeriGroup) _____ Plan de Salud de la Comunidad del Parkland _____ Unicare
 _____ Beneficios de Seguro Social
 _____ # de Seguro Medico _____
 Compañía de Control de Cuidado Medico _____ Compañía de Conducta de Salud _____
 _____ AmeriGrupo (AmeriGroup) _____ Opciones de Valor (ValueOptions)
 _____ Plán de Salud de la Comunidad del Parkland _____ Tradicional
 _____ Unicare

Escriba el Nombre del Niño (a) tal como está en la tarjeta Medicaid ó CHIP: _____

Mi hijo (a) está cubierto por el siguiénte centro de salud **PRIVADO** ó aseguransa médica:

_____ PPO (Organización del Proveedor Preferido) _____ HMO
 _____ Otra Aseguransa Privada _____ EPO
 Si esto es un cambio en la cobertura, porfavor indica fecha de vigencia. _____

- Mi hijo(a) NO está cubierto por ningún seguro de salud listado arriba. Por favor provea información acerca de los programas del seguro de salud de la Sociedad del Cuidado de Texas (TexCare Partnership health insurance programs).
- Aplíquelo para el seguro de salud ó Medicaid, para mi hijo(a) y todavía no se sí somos elegibles.

Sí usted marco EPO, HMO, PPO, ú Otra Aseguransa Privada, por favor llene la forma del consentimiento de cobro para aseguransa.

(Clientes del Medicaid con seguro que diéron consentimiento de cobro a la aseguransa tendrán un costo compartido familiar de \$0.00 por mes. Clientes del Medicaid con seguro que NO diéron consentimiento de cobro de aseguransa tendrán un costo compartido familiar de \$10 por mes. Familias que declinan proveer cualquier documentación de ingresos y ó gastos cuando se requirio se les asignará un costo compartido familiar de \$150 por mes ó el costo actual del servicio en el IFSP, cual sea menor.)