



**CONSENTIMIENTO PARA USAR MO HEALTHNET/MEDICAID**

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE MEDICAID	FECHA DE INICIO DE MEDICAID	FECHA EN QUE SE COMPLETÓ
-----------------	---------------------	--------------------	-----------------------------	--------------------------

**INSTRUCCIONES**

Se requiere el consentimiento de los padres antes de divulgar información personal de identificación a MO HealthNet/Medicaid para facturar por los servicios de First Steps.

Los padres reciben una copia de **First Steps System of Payments Policy** (Política del Sistema de Pagos de First Steps) antes de obtenerse el consentimiento para utilizar la ayuda de Medicaid para pagar los servicios de First Steps y antes de que se obtenga el consentimiento para proporcionar los servicios de First Steps.

Con el consentimiento de los padres, Medicaid ayudará a pagar los siguientes servicios de First Steps: **Valoración del desarrollo de niños pequeños (DAYC), dispositivos de tecnología de ayuda, audiolología, orientación, salud, examen médico, enfermería, terapia ocupacional, terapia física, psicología, trabajo social, patología del habla/lenguaje y visión.**

El padre tiene que firmar y fechar este formulario y devolverlo al Coordinador de servicios antes de que se pueda usar Medicaid para ayudar a pagar por los servicios de First Steps. La información de contacto del Coordinador de servicios se incluye abajo.

**CONSENTIMIENTO**

Confirmando que recibí copia de **First Steps System of Payments Policy** (Política del Sistema de Pagos de Missouri). Después de revisar la política, escojo la siguiente opción:

- Doy mi consentimiento para usar Medicaid
- NA, no tengo Medicaid
- No doy mi consentimiento para usar Medicaid

FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA DE LA FIRMA DEL PADRE/MADRE
-----------------------	-----------------------------------

NOMBRE IMPRESO DEL PADRE/MADRE
--------------------------------

**COORDINADOR DE SERVICIOS**

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL COORDINADOR DE SERVICIOS	NÚMERO DE TELÉFONO DEL COORDINADOR DE SERVICIOS
-------------------------------------------------	-------------------------------------------------

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA AGENCIA	FECHA EN QUE LO RECIBIÓ LA AGENCIA
---------------------------------------	------------------------------------

En los programas y actividades del Departamento de Educación Primaria y Secundaria no se discrimina por raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Las preguntas sobre los programas del Departamento y la ubicación de los servicios, actividades e instalaciones accesibles para personas con alguna discapacidad pueden dirigirse a Jefferson State Office Building, Office of the General Counsel, Coordinator – Civil Rights Compliance (Title VI/Title IX/504/ADA/Age Act), 6<sup>th</sup> Floor, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480; número de teléfono 573-526-4757 o TTY 800-735-2966; correo electrónico [civilrights@dese.mo.gov](mailto:civilrights@dese.mo.gov).