



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DE MISSOURI
 OFICINA DE EDUCACIÓN ESPECIAL – PROGRAMA FIRST STEPS
CONSENTIMIENTO PARA USAR EL SEGURO PRIVADO



NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	FECHA EN QUE SE COMPLETÓ
-----------------	---------------------	----------------------------------	--------------------------

INSTRUCCIONES

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 del seguro privado para pagar los servicios de First Steps y antes de que se obtenga el consentimiento para obtener los servicios de First Steps.

Con el consentimiento de los padres, el seguro privado ayudará a pagar los siguientes servicios de First Steps:
Dispositivos de tecnología de ayuda, terapia ocupacional, terapia física y patología del habla/lenguaje.

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

INFORMACIÓN DEL SEGURO (no se requiere si se obtiene copia de la tarjeta del seguro)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		NÚMERO DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	¿LA TARJETA DEL SEGURO INDICA ASEGURADO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
NOMBRE DEL GRUPO		NÚMERO DEL GRUPO	ORDEN DE FACTURACIÓN DE LA PÓLIZA <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA/MIEMBRO	FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA	FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA

MOTIVO DEL CONSENTIMIENTO

Se requiere el consentimiento de los padres antes de que First Steps use su seguro privado por cada uno de los siguientes motivos:

Autorización de servicio nuevo Autorización de aumento en servicios Cambio de compañía de seguros o cambio en la elección de aseguradora

AUTORIZACIONES DE SERVICIO DIRECTO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA (IFSP)

Tipo de servicio	Frecuencia del servicio	Fecha de inicio	Fecha de terminación

CONSENTIMIENTO

Certifico que la información anterior es exacta para la fecha de la firma: 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 el seguro privado (la fecha de nacimiento del titular de la póliza es _____/_____/_____) No doy mi consentimiento para usar el seguro privado

NA, no tengo seguro privado

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), 6th 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.