

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK (NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)
 OFICINA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA (BUREAU OF EARLY INTERVENTION)

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DEL NIÑO

Nombre/Fecha de nacimiento del niño: _____ **Sexo del niño:** masculino femenino

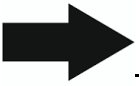
Información del seguro primario:

Compañía de seguros/Nombre del plan: _____
 Dirección de facturación de la compañía de seguros: _____
 Número de identificación (ID)/Póliza: _____
 ID de asegurado del niño (si es diferente): _____
 N.º de grupo: _____
 Nombre del titular de la póliza: _____ Sexo del titular de la póliza: masculino femenino
 Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____
 Domicilio del titular de la póliza: _____
 Número de teléfono del titular de la póliza: _____
 Relación del titular de la póliza con el niño: _____

Otro seguro (si corresponde):

Compañía de seguros/Nombre del plan: _____
 Dirección de facturación de la compañía de seguros: _____
 Número de póliza/ID: _____
 ID de asegurado del niño (si es diferente): _____
 N.º de grupo: _____
 Nombre del titular de la póliza: _____ Sexo del titular de la póliza: masculino femenino
 Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____
 Domicilio del titular de la póliza: _____
 Número de teléfono del titular de la póliza: _____
 Relación del titular de la póliza con el niño: _____

Número de identificación de cliente de Medicaid (CIN) (si corresponde): _____
 (2 letras, 5 números, 1 letra)



 Firma de padre/madre o tutor legal

 Fecha

La firma del padre/la madre confirma que la información del seguro que se encuentra en el archivo es correcta.			
Información del seguro revisada a los 6 meses del Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP):	fecha _____	sin cambios _____	firma de los padres _____
Información del seguro revisada a los 12 meses del Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP):	fecha _____	sin cambios _____	firma de los padres _____
Información del seguro revisada a los 18 meses del Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP):	fecha _____	sin cambios _____	firma de los padres _____
Información del seguro revisada a los 24 meses del Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP):	fecha _____	sin cambios _____	firma de los padres _____
Información del seguro revisada (otra):	fecha _____	sin cambios _____	firma de los padres _____

CERTIFICACIÓN DE LOS PADRES DE LA FALTA DE SEGURO (si corresponde)

Nombre del niño: _____ **Fecha de nacimiento del niño:** _____

Yo, _____ (escriba el nombre en letra de imprenta), padre/madre/tutor legal del niño cuyo nombre se indica arriba, certifico que hasta la fecha tal niño no cuenta con cobertura de seguro médico. Entiendo que el coordinador de servicios del Programa de Intervención Temprana (Early Intervention Program) asignado debe ayudarme con la identificación y la solicitud del seguro médico para el cual el niño podría ser elegible. También entiendo que no se requiere que dicho niño tenga seguro médico para que se le proporcionen los servicios del Programa de Intervención Temprana.

 Firma del padre/la madre o tutor legal

 Fecha

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
BUREAU OF EARLY INTERVENTION

AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTH INSURANCE INFORMATION

Pursuant to Section 2559(3)(d) of NYS Public Health Law and
Section 3235-a(c) of the Insurance Law

Insured's (Child's) Name:	Date of Birth:
Parent/Legal Guardian's Name:	Date of Birth:
Insurance Company Name:	Insurance Plan Name/Type:
Insurance Company Address:	Insurance Company Phone No.:
Policy Holder's Name and Address:	Policy/ID No.:
	Child's Member ID No.:
	Group No. (if applicable):
Service Coordinator Name:	Service Coordinator Agency: Nassau County Department of Health
Service Coordinator Address: 60 Charles Lindbergh Blvd, Uniondale, NY 11553-3683	Service Coordinator Phone No.: (516) 227-
Municipality: Nassau County	Date Sent to Insurer:

I request and authorize the release of health insurance coverage information for the insured named above to my child's and family's early intervention service coordinator, provider(s), the municipality which administers the local Early Intervention Program, and the NYS Department of Health and/or its early intervention fiscal agent.

I authorize the exchange of information between these parties and the insurer named above for the purposes of facilitating claiming and assisting in the adjudication of claims for services rendered under the Early Intervention Program:

I further consent and authorize providers who submit claims to the above referenced insurer to provide such information as may be required by the insurer to facilitate claiming and payment for services rendered under the Early Intervention Program.

This request applies only to health insurance coverage under the insured's policy, plan or benefit package for the purposes of facilitating payment from the insurer for services rendered under the Early Intervention Program.



Parent/Guardian's Signature: _____

Date Signed: _____