

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

AVISO A LOS PADRES CON RESPECTO AL SEGURO

En el estado de Nueva York, los servicios de intervención temprana deben proporcionarse sin ningún costo para las familias. Sin embargo, el sistema de pagos del Programa de Intervención Temprana (Early Intervention Program, EIP) del estado de Nueva York incluye el uso de un seguro público (como Medicaid y Child Health Plus) y un seguro privado (como CDPHP, UHC y otros) para el reembolso de los servicios de intervención temprana. Estas importantes fuentes de financiación ayudan a garantizar la disponibilidad de los servicios de intervención temprana para las generaciones futuras.

En virtud de la Ley de Salud Pública (Public Health Law), se requiere que los proveedores de servicios de intervención temprana les facturen primero a los seguros públicos y privados por tales servicios, antes de presentar las facturas para el pago por parte de la municipalidad. Solo se le facturará al seguro privado si su póliza de seguro está sujeta a la ley del estado de Nueva York, o se hará con su consentimiento si su póliza de seguro no está sujeta a la ley estatal.

Medicaid y seguro privado:

Si su familia cuenta con la cobertura de un seguro privado y uno público (Medicaid), las reclamaciones por el pago de los servicios de intervención temprana se le facturarán primero a su seguro privado, y solo el saldo restante se le facturará al seguro público (Medicaid) para el pago. Si su hijo tiene cobertura de Medicaid, usted ya otorgó su consentimiento para facturarle primero a cualquier cobertura de seguro privado disponible para los servicios de intervención temprana de su hijo como parte de la solicitud de inscripción en Medicaid. Se le facturará al plan de seguros de su hijo por los servicios de intervención temprana y no se necesitará su consentimiento adicional si el seguro del niño está sujeto a la Ley de Seguros del Estado de Nueva York (State Insurance Law, SIL). Su consentimiento será necesario para facturarle al plan de seguro privado de su hijo si el plan no está totalmente asegurado y sujeto a la Ley de Seguros del Estado de Nueva York.

Cobro del seguro y números del Seguro Social:

En virtud de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York (PHL):

- El coordinador de servicios debe recopilar la información y documentación que usted debe proporcionar sobre la cobertura de seguro de su hijo, incluidos los seguros públicos y privados. Esta información incluye lo siguiente: el tipo de póliza de seguro o plan de beneficios de salud, el nombre de la aseguradora o del administrador del plan, el número de identificación de la póliza o del plan, el tipo de cobertura de la póliza y cualquier otra información necesaria para facturarle a su seguro. El coordinador de servicios debe explicarle sus derechos y responsabilidades, así como también las protecciones que la ley ofrece para las familias [PHL§2543(3); PHL§2559(3)(a)(i)].
- El funcionario de Intervención Temprana (Early Intervention Official, EIO) debe tomar nota de su número del Seguro Social y el número del Seguro Social de su hijo, que usted debe proporcionar. Esta información se mantendrá protegida y confidencial [PHL§2552(2)].

Pólizas de seguro reguladas por el estado de Nueva York:

Las siguientes protecciones están garantizadas en virtud de la Ley de Salud Pública del estado de Nueva York (PHL) y la Ley de Seguros del Estado de Nueva York (SIL) para los planes de seguros regulados por el estado de Nueva York cuando se utilizan seguros públicos y privados para pagar los servicios de intervención temprana.

1. **Los servicios de intervención temprana que necesita su hijo no tendrán ningún costo para la familia.** No se le puede pedir que pague ningún gasto en efectivo, como deducibles o copagos, por ningún servicio del Programa de Intervención Temprana (EIP) que reciban su hijo y su familia. El funcionario de Intervención Temprana (EIO) coordinará el pago de todos los copagos y deducibles [PHL§2557(1); PHL§2559(3)(b)].
2. **Las aseguradoras no tienen permitido descontar ningún beneficio pagado por los servicios de intervención temprana de ningún límite máximo anual o vitalicio de la póliza (“límites máximos”).** Esto significa que ningún pago realizado por su compañía de seguros por servicios de intervención temprana disminuirá la cobertura total del seguro de su familia [PHL§2559(3)(c); SIL§3235-a(b)].
3. **Las aseguradoras no tienen permitido descontar ningún servicio pagado por los servicios de intervención temprana de los límites de consultas de su póliza.** Esto significa que las consultas de intervención temprana reembolsadas por la aseguradora no pueden reducir la cantidad de consultas de atención médica disponibles para su hijo y su familia [SIL§3235-a(b)].
4. **Los servicios de intervención temprana disponibles para su hijo y su familia no se limitarán a lo que está cubierto por su seguro.** El funcionario de Intervención Temprana (EIO) tiene que asegurarse de que se provean los servicios de intervención temprana adecuados para su hijo, incluso si su seguro no cubre estos servicios o si no tiene seguro [PHL§2552(1)].
5. **La compañía de seguros médicos no puede discontinuar ni negarse a renovar** la cobertura de seguro únicamente porque su hijo recibe servicios a través del Programa de Intervención Temprana (EIP) [SIL§3235-a(d)].
6. **La compañía de seguros médicos no puede aumentar las primas del seguro médico** únicamente porque su hijo y su familia reciben servicios a través del Programa de Intervención Temprana (EIP).
7. **No se afectará la elegibilidad de su hijo para programas de exención domiciliarios y comunitarios** por el uso de un seguro de salud público (es decir, Medicaid) para pagar los servicios de intervención temprana. Recibir servicios de intervención temprana no excluye la participación en programas de exención domiciliarios y comunitarios.
8. **Los servicios de intervención temprana en su Plan Individualizado de Servicios Familiares (Individualized Family Service Plan, IFSP) deben seguir proporcionándose aun si usted no tiene cobertura de seguro privado o público.** No se le puede exigir que obtenga cobertura de seguro médico como condición para participar en el Programa de Intervención Temprana (EIP); sin embargo, el coordinador de servicios puede ayudarlo con la derivación y la solicitud de beneficios públicos si lo desea [PHL§2552(1); PHL§2559(1)].
9. **Si su seguro privado no está regulado por el estado de Nueva York** (por ejemplo, si su empleador está asegurado por cuenta propia) y el uso de un seguro privado provocaría un costo para su familia (incluso la pérdida de beneficios), su plan de seguro **no** se facturará a menos que usted otorgue su consentimiento informado por escrito [PHL§2559(3)(a)].

Pólizas de seguro no reguladas por el estado de Nueva York:

Si su plan de seguros no está regulado por el estado de Nueva York, las protecciones del Seguro Estatal o de la Ley de Salud Pública no se aplicarán a su plan de seguros. En estas circunstancias:

1. Es posible que no se le pueda prohibir a su aseguradora que aplique los servicios de intervención temprana a los límites monetarios anuales o vitalicios de la póliza o que reduzca la cantidad de consultas disponibles.
2. Es posible que no se le pueda prohibir a su aseguradora que discontinúe o que se niegue a renovar la cobertura de su seguro médico porque su hijo recibe los servicios del EIP.
3. Es posible que no se le pueda prohibir a su aseguradora que aumente sus primas de seguro porque su hijo recibe los servicios del EIP.

Consentimiento por escrito:

Se necesita su consentimiento por escrito a fin de acceder a su plan de seguros médicos (si no está regulado por el estado de Nueva York) para contribuir al pago de los servicios de intervención temprana. Si decide que no desea otorgar permiso por escrito para que el Programa de Intervención Temprana le facture a su plan de seguros médicos, los servicios del IFSP aún deberán proporcionarse [PHL§2552(1)].

- Si un padre ha proporcionado un consentimiento por escrito para usar un seguro no regulado para el pago de servicios del EIP, los coordinadores de servicios deberán obtener un nuevo consentimiento por escrito de los padres en cada revisión/reunión del IFSP cada 6 meses y cada vez que se produzca un aumento (de frecuencia, duración o intensidad) en la prestación de servicios del IFSP [34 CFR §303.420(a)(3); §303.520(b)(1)(i)].

Si decide dar su permiso por escrito a fin de que se acceda a su plan de seguros médicos para el pago de los servicios de intervención temprana, se implementarán las siguientes protecciones para usted:

1. **Los servicios de intervención temprana que necesita su hijo no tendrán ningún costo para la familia.** No se le pedirá que pague ningún gasto en efectivo, como deducibles o copagos, por ningún servicio del Programa de Intervención Temprana que reciban su hijo y su familia. El funcionario de Intervención Temprana coordinará el pago de todos los copagos y deducibles por parte de la municipalidad [PHL§2559(3)(b)].
2. **Los servicios de intervención temprana disponibles para su hijo y su familia no se limitarán a lo que está cubierto por su seguro.** El funcionario de Intervención Temprana tiene que asegurarse de que se provean los servicios de intervención temprana adecuados para su hijo, incluso si su seguro no cubre estos servicios [PHL §2552(1)].

Subrogación:

La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York les otorga al municipio y al proveedor el derecho de “subrogación” del reembolso en virtud de su póliza, en la medida en que la municipalidad haya pagado por los servicios de intervención temprana o el proveedor haya prestado los servicios cubiertos por su póliza [PHL§2559(3)(d); SIL§3235-a(c)]. Esto significa que todos los pagos por los servicios de intervención temprana realizados por un seguro privado deben hacerse directamente al proveedor de la intervención temprana. Si usted recibe un pago por error, comuníquese con su(s) proveedor(es) de intervención temprana o con el coordinador de servicios para obtener instrucciones y asistencia. Esto es importante para asegurarse de que a su proveedor se le paguen los servicios de intervención temprana prestados a su hijo y su familia.

Derechos de debido proceso:

Los padres tienen derecho a recurrir a los procedimientos de debido proceso para resolver los desacuerdos o las quejas sobre los servicios de intervención temprana de sus hijos. Estos derechos de debido proceso incluyen la oportunidad de mediación o de solicitar una audiencia de debido proceso, o la posibilidad de presentar una queja ante el sistema estatal. Todas las opciones son voluntarias y sin costo para los padres [34 CFR §303.431, §303.436, §303.441, §303.434; PHL §2549; 10 NYCRR, artículo 69-4.17].

- La mediación es un proceso llevado a cabo por un mediador capacitado de un Centro Comunitario de Resolución de Disputas (Community Dispute Resolution Center) que ayuda a los padres y a los funcionarios de Intervención Temprana (EIO) a llegar a un acuerdo sobre los servicios de intervención temprana.
- Las audiencias imparciales son llevadas a cabo por funcionarios de audiencias (jueces de derecho administrativo asignados por el Comisionado de Salud o la persona que este designe) y también se utilizan para resolver disputas entre un padre y un funcionario de Intervención Temprana. Los padres pueden solicitar una audiencia imparcial si un evaluador considera que su hijo no es elegible para recibir los servicios, siempre y cuando la solicitud se realice dentro de los 6 meses posteriores a la fecha en que el niño se consideró no elegible.
- Se puede presentar una queja del sistema si los padres consideran que su EIO, el coordinador de servicios, el evaluador o el proveedor de servicios no está haciendo su trabajo en virtud de la ley, las reglas o las reglamentaciones. Esta queja debe hacerse por escrito ante el director de la Oficina de Intervención Temprana del Departamento de Salud del Estado de Nueva York y debe presentarse antes de que transcurra un año desde la fecha de la presunta infracción.

Si tiene alguna pregunta sobre la información en este aviso, consulte con el coordinador de servicios o con el funcionario de Intervención Temprana (EIO), llame al 518-473-7016 o envíe un correo electrónico a la Oficina de Intervención Temprana del Departamento de Salud del Estado de Nueva York a beipub@health.ny.gov.

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

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL NIÑO

Información sobre el seguro del niño:

En el estado de Nueva York, los servicios de intervención temprana deben proporcionarse sin ningún costo para las familias. Sin embargo, el sistema de pagos del Programa de Intervención Temprana (Early Intervention Program, EIP) del estado de Nueva York incluye el uso de un seguro público (como Medicaid y Child Health Plus) y un seguro privado (como CDPHP, Empire Plan y otros) para el reembolso de los servicios de intervención temprana. En virtud de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York (Public Health Law, PHL), el coordinador de servicios debe recopilar la información y documentación que usted debe proporcionar sobre la cobertura del seguro de su hijo, incluidos los seguros públicos y privados. Esta información incluye lo siguiente: el tipo de póliza de seguro o plan de beneficios de salud, el nombre de la aseguradora o del administrador del plan, el número de identificación de la póliza o del plan, el tipo de cobertura de la póliza y cualquier otra información necesaria para facturarle a su seguro. El coordinador de servicios debe explicarle sus derechos y responsabilidades, así como también las protecciones que la ley ofrece para la familia.

Al completar este formulario:

- El coordinador de servicios puede ayudarlo a completar este formulario.
- Asegúrese de que el formulario se complete en su totalidad y con precisión.
- Si su hijo tiene dos o más pólizas de seguro médico, debe proporcionar la información de cada póliza (se brindan ejemplos a continuación).
 - Si su hijo tiene dos pólizas de seguro privado diferentes, deberá incluir la información de ambas pólizas.
 - Si su hijo tiene cobertura de Medicaid y un seguro privado, deberá incluir el Número de Identificación del Niño (Child Identification Number, CIN) de Medicaid y la información del seguro privado.
 - Si su hijo tiene cobertura de Atención Administrada de Medicaid (Medicaid Managed Care), se deberá documentar tanto el Número de Identificación del Niño (CIN) de Medicaid como la información de la compañía de seguros de Atención Administrada de Medicaid en la sección de información del seguro.
 - Si su hijo tiene cobertura de Atención Administrada de Medicaid y una póliza de seguro privado, deberá incluir el Número de Identificación del Niño (CIN) de Medicaid, la información de la compañía de seguros de Atención Administrada de Medicaid y la información de la póliza del seguro privado.
- El coordinador de servicios debe revisar esta información del seguro en cada reunión/revisión del Plan Individualizado de Servicios Familiares (Individualized Family Service Plan, IFSP). Usted debe firmar este formulario en cada reunión/revisión del IFSP para confirmar que su seguro no ha cambiado. Si su seguro cambia, deberá completar un nuevo formulario.
- Informe al coordinador de servicios si la cobertura de seguro de su hijo cambia en algún momento.

Certificación de los padres de la falta de seguro (si corresponde):

- Debe completar y firmar esta certificación si su hijo no tiene cobertura de seguro médico.
- Se debe firmar una nueva certificación en cada reunión/revisión del IFSP (a menos que su hijo haya obtenido una cobertura de seguro).
- Si su hijo no tiene seguro, los servicios del EIP seguirán siendo proporcionados sin costo alguno para usted.
- No se requiere que su hijo tenga seguro médico para recibir los servicios del EIP; sin embargo, el coordinador de servicios debe ayudarlo a identificar y solicitar un seguro médico para el cual su hijo podría ser elegible.

Si tiene alguna pregunta al completar este formulario, comuníquese con el coordinador de servicios.

(Spanish)

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