



Aplicación Para Determinar Cuota

Utah Department of Health Baby Watch Early Intervention Program

Nombre de Niño:	<input type="checkbox"/> El padre/la mamá está opuesto a participar en el proceso de determinación de cuota y pagará la cantidad de \$100 cada mes por los servicios.
Fecha de Nac.:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra	
Domocilio:	No. de Medicaid/ CHIP # _____ (Opcional)
Ciudad & Zip	Indique qué servicios recibe la familia: (Si recibe algunos de estos servicios, pare aquí, marque el servicio, y firma por abajo.) <input type="checkbox"/> FEP/TANF <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> PCN <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> Medicaid
Padre/Representante:	
Teléfono de casa:	
Teléfono de trabajo:	Ingresos Anuales de la Familia:
Nombres de otros hijos recibiendo servicios de Intervención Temprana:	1. Salario Mensual (Sueldo Principal): \$ _____ (Suma total antes de restar impuestos)
	2. Salario Mensual (Sueldo Secundario): \$ _____ (Suma total antes de restar impuestos)
	3. Otros Ingresos: (Incluyendo pensiones, rentas, intereses, dividendos, o mantenimiento de niños) \$ _____
	4. Suma Total de Ingresos Mensuales: \$ _____ (Sumando líneas 2, 3 y 4)
	5. Suma total de ingresos anuales: \$ _____ (Multiplique Línea 4 por 12)
Ingresos verificado por: <input type="checkbox"/> Copia más reciente de Impuestos Federales <input type="checkbox"/> 3 últimos recibos de pago de trabajo <input type="checkbox"/> Otro /programa _____	
Circunstancias Especiales	Allowable Deductions from Income
Circunstancias especiales son eventos inesperados que afectan la situación financiera de su familia y deben ser considerados al determinar la cuota:	6. Gastos medicos/dentales más de 5% de ingresos (De la página anterior) -- _____
	7. Cuidado de niños: \$ _____/mes X 12 meses = -- _____
	8. Mantenimiento para niños/divorciados \$ _____/ mes X 12 meses = -- _____
	9. Ingreso anual modificado Línea 5 menos líneas 6, 7, y 8 \$ _____
	Miembros de la Familia
	10. Número de adultos en la familia _____
	11. Número de niños en la familia _____
	12. Número total de miembros de familia (suma 10 + 11) _____
	Monthly Family Sliding Fee
	13. Usando línea 9 (ingresos) y línea 12 (familia), busque cuota en el "Gráfico Para Determinar Cuota" (Sliding Fee Schedule) \$ _____ Por mes
Firma del Director del Programa de Early Intervention _____ Fecha _____	
Yo verifico que les he informado a los padres/representante sobre sus derechos y responsabilidades relacionados al costo de participación en la cuota de familia del programa. Yo he utilizado toda la información proveida por la familia para en determinar su cuota: _____ Firma del empleado del programa de Early Intervention _____ Fecha _____	

Yo entiendo que mi responsabilidad financiera es calculada basada en la información que he proporcionado. Entiendo que si no pago la cuota determinada los servicios pueden ser descontinuados y una multa de \$20.00 será cargada por cheques sin fondos. Yo aseguro con certitud que esta información es cierta y correcta. Yo he recibido una copia de mis responsabilidades y derechos relacionados al costo de participación por la cuota determinada. Entiendo que puedo pedir una revision de mi cuenta si es que mi situación financiera cambia.

Firma de padre o representante: _____ Fecha: _____

Fecha de revisión de Forma: _____
El staff Fecha El Staff Fecha El Staff Fecha El Staff Fecha El Staff Fecha

Nota: Cambio en circunstancia se requiere una nueva forma.

Puede deducir gastos médicos de los últimos 12 meses únicamente si la cantidad es más de 5% de su ingreso total. Use ésta hoja para determinar si los gastos calificados son más que 5% de los ingresos. Deducciones permitidas tienen que relacionarse directamente a la salud o condición médica de un miembro de la familia. Solo gastos que pagó la familia durante los últimos 12 meses y no fueron reembolsados.

Deducciones Médicas o Dentales		Que Puede Ser Incluido:	
14. Pago del Plan de Seguro de Salud \$ _____ por mes x 12 meses =	\$ _____	<ul style="list-style-type: none"> Gastos de capital para equipo o modificaciones a su casa por razones de salud o incapacidad. Costo de cuidado para animales de asistencia para discapacidad Costo de quitar pintura conteniendo plomo. Gastos relacionados a un trasplante de organo Gastos de servicios de hospital (laboratorio, terapia) Gastos de control de embarazos Cuota de "Life-care" para certificar una casa para cuidado medico en retiro. Gastos de hotel y comidas por el hospital durante tratamiento médico. Pago de Seguro Médico Gastos de servicios médicos (doctores, dentistas, cirujanos, especialistas, y otros médicos) Equipo de Oxígeno y oxígeno Recetas, medicinas, o insulina Cuidado Psiquiatrico o interno (incluye comidas y alojarse) Impuestos de Seguro Social, Medicare , FUTA, o a empleados del estado de cuidado medico Equipo especial (silla de ruedas, etc.) Costo de Escuela especial o casa para los incapacitados Gastos de viajes relacionados a incapacidad o enfermedad Tratamiento para dejar de abusar drogas Gastos de enfermeras Gastos de pañales relacionados a una condición médica 	
15. Co-Pay de Seguro \$ _____ por mes x 12 meses =	\$ _____		
16. Gastos Dentales o de Visión \$ _____ por mes x 12 meses =	\$ _____		
17. Gastos de Hospital \$ _____ por mes x 12 meses =	\$ _____		
18. Recetas Médicas \$ _____ por mes x 12 meses =	\$ _____		
19. Suplementos de nutrición recetados por un doctor \$ _____ por mes x 12 meses =	\$ _____		
20. Equipo Médico/Tecnología Asistiva o Adaptiva	\$ _____		
21. Ropa Especial Requerida por Condición Médica \$ _____ por mes x 12 meses =	\$ _____		
22. Costo de Cuidado Especial Para el Niño mas que típico que no están en línea 7	\$ _____		
23. Gastos de Transportación Médica \$ _____ por mes x 12 meses =	\$ _____		
24. Otros Gastos Médicos (Con Recibos) \$ _____ por mes x 12 meses =	\$ _____		
25. Suma Total de Deducciones médicas: (Suma líneas 14 – 24)	\$ _____		
Calculación de Deducciones Médicas			Cosas no Permitidas:
<p>A. Multiplique línea 5 (ingreso anual) x .05 = -- _____</p> <p>Si la cantidad de línea A es más grande que la de línea 25:</p> <ul style="list-style-type: none"> No se permite deducciones médicas/dentales de los ingreso porque son más que 5% de los ingresos. Escribe <0> en Línea 6. 			<ul style="list-style-type: none"> Servicio de Pañales Cuota de Club Deportivos Costo de Servicios de aseo Programa para dejar de fumar Programa para perder peso Costo de Seguro de Vida o pólizas de protección de ingresos Ropa de maternidad Gastos de medicina sin receta Gastos de enfermera para un bebé sano Cirugía Cosmetica
<p>Si Línea A es MENOS QUE Línea 25:</p> <p>Línea 25 – Línea A = \$ _____ Escribe esta cantidad en Línea 6.</p>			