



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.:	No. de Medicaid/ CHIP # _____ (Opcional)
Sexo: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra	
Domocilio:	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 <input type="checkbox"/> CHIP
Ciudad & Zip	
Padre/Representante:	
Teléfono de casa:	Ingresos Anuales de la Familia:
Teléfono de trabajo:	
Nombres de otros hijos recibiendo servicios de Intervención Temprana:	1. Salario Mensual (Sueldo Principal): \$ _____ <small>(Suma total antes de restar impuestos)</small>
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 _____	2. Salario Mensual (Sueldo Secundario): \$ _____ <small>(Suma total antes de restar impuestos)</small>
	3. Otros Ingresos: (Incluyendo pensiones, rentas, intereses, dividendos, o mantenimiento de niños) \$ _____
	4. Suma Total de Ingresos Mensuales: \$ _____ <small>(Sumando líneas 2, 3 y 4)</small>
	5. Suma total de ingresos anuales: \$ _____ <small>(Multiplique Línea 4 por 12)</small>
Circunstancias Especiales	Deducciones del Ingreso
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) -- _____
Firma del Director del Programa de Early Intervention _____ Fecha _____	7. Cuidado de niños: -- _____ \$ _____/mes X 12 meses =
	8. Mantenimiento para niños/divorciados -- _____ \$ _____/ mes X 12 meses =
	9. Ingreso anual modificado \$ _____ <small>Línea 5 menos líneas 6, 7, y 8</small>
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 _____	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) _____
	Cuota Mensual
	13. Usando línea 9 (ingresos) y línea 12 (familia), busque cuota en el "Gráfico Para Determinar Cuota" (Sliding Fee Schedule) \$ _____ Por mes

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 esta 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 transplante 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. <p>Si Línea A es MENOS QUE Línea 25:</p> <p>Línea 25 – Línea A = \$ _____ Escribe esta cantidad en Línea 6.</p>			<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 Cosmética