



## **Bienvenido a Intervention Temprana de Summit/Wasatch**

Su hijo fue referido a nosotros por preocupaciones de las que estaremos hablando mas con usted.

Para ayudarle en el proceso de evaluación nos gustaria compartir la siguiente informacion con usted.

- Tenga cuenta que las evaluaciones son gratuitas, pero la terapia se proporciona segun una escala de tarifas basada en los ingresos.
- Va a estar recibiendo llamadas de parte de varias personas, todas de cual son importante que hable con ellas.
- El proceso de evaluacion puede que tome varias citas. El proceso de evaluación requerirá varias citas. Estamos obligados a realizar una evaluación completa del desarrollo, exámenes de audición y visión, y pruebas adicionales en áreas específicas del desarrollo que le preocupan. Después de esta evaluación integral, si su hijo califica para nuestro programa, programaremos una reunión para inscribir a su hijo en la Intervención Temprana, escribir metas y elaborar una rutina de terapia.

Porfavor contactenos a cualquiera de nosotors si tiene alguna pregunta. Nuestro numero es (435)333-1525. La Directora del Programa se llama Jackie Swan su # de Cell: 435-6402092

Katie-enfermera # de Cell: 435-640-7043

Eserpamos conocerlos a usted y a su hijo/a y trabajar con usted

Sinceramente su equipo de Intervencion temprano con el condado de Summit/Wasatch.

## Cuando tu niño cumple tres años

Nuestro equipo realiza una reunión de transición con el distrito escolar a partir de los 29 meses. La reunión de transición proporciona información a la familia y al niño sobre los servicios y programas disponibles en el distrito escolar cuando el niño cumple tres años.

## Intervención Temprana

Ayuda a los niños a mejorar significativamente sus habilidades, aprender nuevas habilidades y superar desafíos para mejorar su independencia en la vida.

# Una comunidad más saludable para todos.

## Contactarnos

**Summit County Early Intervention**  
650 Round Valley Dr, Park City, UT 84060  
Telefono: 435.333.1500  
Fax: 435.333.1587  
[summitcountyhealth.org/early-intervention](http://summitcountyhealth.org/early-intervention)



Programa de

# Intervención Temprana

En el Condado de Summit







## ¿Que es la Intervención Temprana?

La Intervención Temprana es un programa para familias con un niño de 0 a 3 años que presenta un retraso en el desarrollo diagnóstico que califican o una discapacidad.

## Nuestros servicios

El programa de Intervención Temprana en el Condado de Summit proporciona identificación temprana y servicios de desarrollo para familias con bebés y niños pequeños. Ofrecemos servicios en el ambiente natural del niño, incluyendo la comunidad.

Los servicios ofrecidos incluyen:

- Evaluación completa de la salud y desarrollo actual del niño
- Coordinación de servicios entre proveedores, programas y agencias
- Estrategias para abordar la preocupaciones, prioridades y recursos de la familia
- Servicios de desarrollo: terapia ocupacional, terapia física, terapia de lenguaje y enfermería

## ¿Cuánto cuesta?

La evaluación inicial es gratuita. Luego, cada familia complete un formulario electrónico para determinar el costo de los servicios. La escala de tarifas se basa en el número de miembros de la familia y los ingresos.

## El Proceso de la Intervención Temprana

Una referencia es hecha para el programa Intervención Temprana en el Condado de Summit. La enfermera completa un historial médico y luego el niño es evaluado por un proveedor de servicios. El proveedor de servicios completa una evaluación estandarizada para determinar la elegibilidad del niño.

La elegibilidad aborda las habilidades de motores gruesas, motores finas, autoayuda, cognición, lenguaje y habilidades social emocionales. Si el niño es elegible, el proveedor de servicios y la familia completan un Plan de Servicios individualizado para la Familia (IFSP por sus siglas en ingles). El niño comienza las visitas de servicio después de que se complete el IFSP.

Los servicios proporcionados abordan las necesidades y prioridades de la familia del niño. Los servicios dirigidos por la familia se establecen para ayudar a los miembros de la familia a comprender las necesidades especiales de su hijo y cómo mejorar su desarrollo general.

## Enfoque de la Intervención Temprana

Nuestras visitas de servicio se brindan a través de atención coordinada entre los padres, profesionales de la salud y socios comunitarios. Nuestro equipo brinda apoyo a las familias que permite que los bebés y niños pequeños crezcan y se desarrollen de manera independiente en los condados de Summit y Wasatch.

## ¿Quiénes forman parte del equipo?

Nuestro equipo está compuesto por terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, terapeutas de lenguaje, enfermería, coordinadores de servicios y traducción al español.

Nuestro objetivo es que cada niño alcance su máximo potencial en su desarrollo y sea capaz de ser independiente en su hogar y comunidad.



**Nuestra misión es ser una organización de salud pública confiable e innovadora centrada en definir e implementar estrategias y servicios.**



## ¿Qué es Baby Watch?

Baby Watch es la agencia del estado de Utah que es responsable de la intervención temprana del apartado C de la ley federal llamada Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés). Nuestra red de programas locales sirve a las familias de los bebés y niños pequeños elegibles con retrasos del desarrollo o discapacidades.



## Nuestro proceso

1

### Referencia

Un padre/guardián o profesional que tiene preocupaciones en cuanto al desarrollo de un bebé o niño pequeño se pone en contacto con Baby Watch o el programa local de EI para pedir una evaluación GRATIS.

2

### Evaluación

El programa local de EI lleva a cabo la evaluación completa del desarrollo de un niño y también evalúa las necesidades y preocupaciones de la familia.

3

### Decisión de elegibilidad

Un niño puede ser elegible a recibir servicios de EI por razón de diagnóstico médico, resultados de la evaluación, o la opinión clínica. Los niños que no son elegibles se pueden evaluar de nuevo después de 6 meses.

4

### Reunión de IFSP

La familia de un niño elegible se reúne con el equipo de EI para crear un Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP, por sus siglas en inglés) que contiene las metas del niño y familia para los próximos 12 meses.

5

### Visitas de servicio

El equipo de EI proporciona los servicios según lo que se detalla en el IFSP, típicamente en el hogar, o en un entorno natural en la comunidad.

6

### Reviso de IFSP

El equipo de EI revisa el IFSP como sea necesario durante el año, por lo menos cada 6 meses. El equipo actualiza el IFSP cada año en la reunión anual de reviso de IFSP.

7

### Transición

Antes del tercer cumpleaños del niño, la familia y el programa local de EI se preparan por asistir al preescolar de educación especial, y/u otros servicios de la comunidad.

## ¿Qué es la intervención temprana?

La intervención temprana (EI, por sus siglas en inglés) es un programa de entrenamiento para los padres que les enseña como apoyar el desarrollo de su bebé o niño pequeño. Los servicios de EI son personalizados para cada niño y familia, y son prestados por un equipo de profesionales calificados que pueda incluir:

- Coordinadores de servicios
- Especialistas del desarrollo de niños
- Patólogos del habla-lenguaje
- Enfermeras registradas
- Terapeutas ocupacionales
- Fisioterapeutas
- Trabajadores sociales
- Especialistas del oído
- Especialistas de la vista



NOMBRE DE NIÑO		FECHA DE NACIMIENTO
<p><b>¿QUE QUIERE DECIR LAS EVALUACIONES Y PRUEBAS?</b></p> <p><b>Servicios Gratis</b> Nuestro equipo de muchas disciplinas provee sin costo las evaluaciones y pruebas rápidas y comprensivas del desarrollo de su hijo.</p> <p><b>Evaluaciones</b> Evaluaremos su hijo por el Inventario de Desarrollo Battelle®, Edición Segunda con Revisiones Normativas (BDI-2 NU, por las siglas en inglés), para determinar su elegibilidad para los servicios de intervención temprana. El BDI-2 NU es una evaluación que nos enseña del progreso de su hijo en todas las áreas de desarrollo: Motor, Adaptivo, Cognitivo, Personal-Social, y Comunicación. También podemos usar evaluaciones adicionales en áreas específicas de preocupación.</p> <p><b>Pruebas</b> Haremos pruebas comprensivas de la salud, el oído, y la visión. También aprenderemos del desarrollo de su hijo por la observación en casa, las entrevistas, y revisando los registros de la salud. Si su hijo sea elegible para los servicios, completaremos una prueba para identificar las preocupaciones, prioridades, y recursos únicos de la familia.</p> <p><b>Informe de la elegibilidad</b> Recibirá usted un informe de la elegibilidad que contiene todos los resultados de las evaluaciones y pruebas de su hijo. El informe describirá si su hijo es elegible para los servicios de intervención temprana debido a un diagnóstico médico, los resultados de evaluaciones, o la opinión clínica.</p> <p><b>Confidencialidad</b> Usted tiene el derecho a la confidencialidad por todas las evaluaciones y las pruebas. Guardaremos la información de su hijo y familia en nuestro sistema seguro por Internet, y solamente los empleados autorizados pueden leerla. No podemos compartir los registros de intervención temprana de su hijo con nadie, sin su permiso por escrito.</p> <p>Más información de las evaluaciones y pruebas de intervención temprana está disponible en <a href="https://sites.ed.gov/idea/regs/c">sites.ed.gov/idea/regs/c</a>.</p>		
<p><b>PERMISO DE PADRE O MADRE</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>SÍ</b>, yo autorizo que el programa de intervención temprana realice evaluaciones y pruebas de mi hijo y familia. Yo comprendo que la presente autorización tiene validez durante todo el período en que mi hijo reciba los servicios de intervención temprana. Yo doy esta autorización voluntariamente, y comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.</p>		
NOMBRE DE PADRE O MADRE	FIRMA DE PADRE O MADRE	FECHA

NOMBRE DE NIÑO		FECHA DE NACIMIENTO	
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA		ORGANIZACIÓN COMPAÑERA	
Programa		Organización	
Representante		Representante	
Teléfono		Teléfono	
Fax		Fax	
Email		Email	
INFORMACIÓN COMPARTIDA			
<input type="checkbox"/> Informe de la evaluación del desarrollo <input type="checkbox"/> Información medical <input type="checkbox"/> Registros médicos del diagnóstico <input type="checkbox"/> Informe de visión o audición <input type="checkbox"/> Resumen de descarga del hospital <input type="checkbox"/> Comunicación de dos vías escrita o verbal		<b>Registros de intervención temprana:</b> <input type="checkbox"/> Informe de la elegibilidad <input type="checkbox"/> Plan Familiar de Servicios Individualizados (IFSP, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Información de la evaluación o exámenes <input type="checkbox"/> Otro (describa)	
AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR			
<p>Autorizo la divulgación y solicitud de información entre el programa de intervención temprana y la organización compañera nombradas arriba. Yo comprendo que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toda la información compartida será confidencial y se utilizará a los fines de planificación únicamente</li> <li>• Como el padre o madre, tengo el derecho de otorgar o negar el permiso para compartir la información de mi hijo, a menos que la divulgación de información esté permitida como una de las excepciones conforme al apartado C de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) y de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, por sus siglas en inglés).</li> <li>• Si divulgando la información al distrito escolar: Esta autorización permite que Baby Watch Early Intervention Program informe al programa de educación especial del distrito escolar acerca de la participación de mi hijo en intervención temprana. El distrito escolar también se permite informarle a Baby Watch acerca de la elegibilidad de mi hijo para servicios de educación especial.</li> <li>• Esta información ayudará a determinar la elegibilidad de mi hijo para los servicios, el progreso del desarrollo, o los tipos y los niveles de servicios de intervención temprana, y para los fines de planificación.</li> <li>• La presente autorización tiene validez durante todo el período en que mi hijo reciba los servicios de intervención temprana y expirará no más tarde de la fecha del tercer cumpleaños de mi hijo. Si mi hijo salga del programa de intervención temprana antes del tercer cumpleaños, esta autorización expira en el día que se salga.</li> <li>• Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, la revocación de mi autorización no se aplicará a la información compartida por una autorización firmada previa.</li> </ul>			
NOMBRE DE PADRE O MADRE		FIRMA DE PADRE O MADRE	FECHA
NOMBRE DE REPRESENTANTE DEL PROGRAMA		FIRMA DE REPRESENTANTE DEL PROGRAMA	FECHA



NOMBRE DE NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE IFSP
----------------	---------------------	---------------

## ¿QUE ES CHARM?

Gestión Avanzada de Registros de Salud Infantil (CHARM, por sus siglas en inglés) es un sistema seguro de compartir información dentro del Departamento de Salud de Utah (UDOH, por sus siglas en inglés). CHARM permite que los programas y compañeros de UDOH compartan información de la salud pública, para mejorar los servicios y resultados para los niños de Utah. Los programas participantes de CHARM son:

- Baby Watch Early Intervention Program
- Early Hearing Detection and Intervention
- Fostering Healthy Children Program
- Utah Birth Defect Network
- Utah Office of Recovery Services
- Utah Office of Vital Records & Statistics
- Utah Statewide Immunization Information System

CHARM permite que los profesionales autorizados tengan acceso a la información de salud de su hijo para los propósitos de tratamiento, coordinación de servicios, y mejora de calidad. Toda la información compartida por vía electrónica de CHARM es cifrada y guardada por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, por sus siglas en inglés) y Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Más información de CHARM está disponible en [charm.health.utah.gov](http://charm.health.utah.gov).

## PERMISO DE PADRE O MADRE

**SÍ**, doy permiso para compartir la información de intervención temprana de mi hijo en el sistema CHARM.

**NO**, no doy permiso para compartir la información de intervención temprana de mi hijo en el sistema CHARM.

NOMBRE DE PADRE O MADRE	FIRMA DE PADRE O MADRE	FECHA
-------------------------	------------------------	-------

NOMBRE DE NIÑO		FECHA DE NACIMIENTO	IDENTIFICACIÓN DE NIÑO
DIRECCIÓN		CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
<b>TIPOS DE SERVICIOS DE TELE-INTERVENCIÓN</b>  <input type="checkbox"/> <b>Coordinación de servicios</b> <input type="checkbox"/> <b>Evaluación y pruebas</b> <input type="checkbox"/> <b>Servicios de IFSP en curso</b>  Por favor complete un permiso distinto para cada tipo de servicio que se proviene por tele-intervención.		<b>PERMISO REMOTO (SI LA FAMILIA NO PUEDE DAR PERMISO EN PERSONA)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Por teléfono</b> <input type="checkbox"/> <b>Por mensaje de text</b> <input type="checkbox"/> <b>Por mensaje de correo electrónico</b>  Por favor entre los detalles siguientes en el registro electrónico del niño: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha y tiempo de la llamada, mensaje de text, o mensaje de correo electrónico</li> <li>• Número de teléfono o correo electrónico del padre o de la madre</li> <li>• Nombre del padre o de la madre que dió permiso</li> <li>• Nombre del empleado que recibió permiso</li> </ul>	
<b>CONOCIMIENTO Y DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO</b>			
<p>Entiendo que mi hijo y mi familia pueden recibir servicios de intervención temprana (EI, por sus siglas en inglés) a través de tele-intervención. También entiendo que las leyes federales y estatales requieren que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autorizo que los profesionales de EI provean servicios de tele-intervención a mi familia a través de computadora, tableta, o teléfono inteligente. Entiendo que la disponibilidad de tele-intervención dependerá del tipo de tecnología, dispositivo, o requisitos del sistema utilizado.</li> <li>2. Entiendo que los profesionales de EI de tele-intervención tienen la misma licencia/certificación y aplicarán el mismo estándar de atención que los profesionales de EI de servicios en casa.</li> <li>3. Entiendo que no todos los profesionales de EI pueden proporcionar servicios de tele-intervención debido a las restricciones de la ley de licencia.</li> <li>4. Tengo acceso a registros de EI de tele-intervención lo mismo que servicios en casa, y según la ley.</li> <li>5. Al igual que con cualquier comunicación de Internet, entiendo los riesgos posibles de problemas tecnológicos tal como: audio o video de calidad mala, desconexión de la sesión, y brechas de seguridad sin las protecciones adecuadas. Para mitigar los riesgos de seguridad, se recomienda proteger los dispositivos personales y los datos (por ejemplo, usar un Wi-Fi seguro con contraseña y una plataforma cifrada de videoconferencia).</li> <li>6. Entiendo que Baby Watch Early Intervention Program no es responsable de la seguridad de mi dispositivo y reconozco y acepto a sabiendas de los riesgos de acceso a los servicios a través de la tecnología virtual.</li> <li>7. Entiendo que, además de los profesionales de EI, otras personas pueden participar en las sesiones de tele-intervención para operar o arreglar la tecnología de videoconferencia. Si esto ocurre, estas personas se le presentarán a la familia y se cumplirán con las mismas políticas de privacidad que los profesionales de EI.</li> <li>8. Entiendo que soy responsable del costo de la tecnología (por ejemplo, los servicios del Internet del hogar y los planes de data de dispositivos móviles) asociada con la recepción de servicios de EI de tele-intervención</li> <li>9. Entiendo que tele-intervención sólo es permisible en este momento debido a COVID-19, y no es una opción de servicio permanente. Esta política temporal estará en efecto hasta que se levante la emergencia de salud pública de Utah.</li> </ol>			
NOMBRE DE PADRE O MADRE		FIRMA DE PADRE O MADRE	FECHA
NOMBRE DE REPRESENTANTE DEL PROGRAMA		FIRMA DE REPRESENTANTE DEL PROGRAMA	FECHA



**\*\*La información de cuota familiar se puede introducir en: [bnp.health.utah.gov](http://bnp.health.utah.gov). Si usted no tiene el número de Child ID o PIN, por favor póngase en contacto con su programa local de la intervención temprana.\*\***

Nombre de programa

Información de contacto de la familia y de los hijos				
<b>Padre o tutor:</b> Apellido: _____ Nombre: _____		<b>Padre o tutor:</b> Apellido: _____ Nombre: _____		
Dirección: _____		Ciudad: _____	Código postal: _____	Teléfono particular: ( ) _____ Teléfono de día: ( ) _____
Escriba el nombre y la fecha de nacimiento de los hijos que se inscriben en el programa de intervención temprana.				
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de seguro público*
1.			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP N.º _____
2.			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP N.º _____
3.			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP N.º _____
*AVISO: El seguro público (Medicaid/CHIP) se hará cargo de la factura de los servicios de intervención temprana de su hijo si este último está inscrito actualmente en un programa de seguro público. Si su hijo cuenta con un seguro público, escriba \$0 en la Línea E. El padre o tutor y el empleado del programa deben firmar a continuación. Consulte la declaración adjunta sobre las Protecciones Sin Costo. <b>Deténgase en esta sección.</b>				
Información sobre servicios familiares				
A continuación, marque todos los servicios que actualmente reciben los miembros de la familia.				
<input type="checkbox"/> FEP/TANF	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> Early Head Start	<input type="checkbox"/> PCN	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP
Si <u>algún</u> familiar recibe <u>cualquiera</u> de los servicios antes mencionados, escriba \$0 en la Línea E. El padre o tutor y el miembro del personal del programa deben firmar a continuación. <b>Deténgase en esta sección.</b>				
Opción de negarse a divulgar información financiera de la familia				
<input type="checkbox"/> Marque aquí si el padre o tutor se niega a proporcionar información financiera de la familia. Se le facturará a la familia por la cuota total de \$200 por mes. Escriba \$200 en la Línea E. El padre o tutor y el miembro del personal del programa deben firmar a continuación. <b>Deténgase en esta sección.</b>				
<b>Complete la hoja de cálculo de la cuota familiar en la página 2, a menos que se le haya indicado en una de las secciones anteriores que se detenga y firme el formulario a continuación.</b>				
Cuota familiar mensual			Circunstancias atenuantes	
A. Ingresos familiares modificados (de la página 2, Línea 25).	\$		Las circunstancias atenuantes son eventos inesperados que influyen en la situación financiera de la familia y que deben ser considerados al momento de determinar la cuota familiar mensual. Escriba \$0 en la Línea E y describa la circunstancia a continuación:	
B. Cantidad de adultos en la familia				
C. Cantidad de niños en la familia				
D. Total de integrantes de la familia (sume las Líneas B y C).				
E. Escriba una cuota familiar mensual de \$0 si se le indicó hacerlo en una de las secciones anteriores O escriba la cuota de la escala móvil de cuotas mediante Líneas A y D.	\$			
<b>Este monto de la cuota entrará en vigencia:</b>				
Mes: _____	Año: 20____		Firma del coordinador del programa _____ Fecha _____	
Certificación del padre o el tutor				
<input type="checkbox"/> Las Protecciones Sin Costo para las familias al facturar el seguro público de un hijo se revisaron en mi presencia y he recibido una copia de los derechos y las responsabilidades de los padres relacionados con la participación en los costos mediante las cuotas familiares y de las Protecciones Sin Costo. <input type="checkbox"/> Entiendo que mi responsabilidad financiera se calcula en función de la información que proporcioné. Asimismo, entiendo que la falta de pago de las cuotas puede ocasionar la interrupción de los servicios. Se cobrará una penalización mínima de \$20 por cheque en caso de cheques rechazados. Según mi leal saber y entender, certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta. He recibido una copia de los derechos y las responsabilidades de los padres relacionados con la participación en los costos mediante las cuotas familiares y entiendo que puedo solicitar una revisión de mi cuota familiar si cambia mi situación financiera.				
			Firma del padre o tutor _____ Fecha _____	
Certificación del miembro del personal del programa				
Ratifico que les informé a los padres sus derechos y responsabilidades relacionados con la participación en los costos para el programa de intervención temprana mediante las cuotas familiares y que utilicé toda la información que la familia me proporcionó para calcular la cuota. Le informé a la familia sobre las Protecciones Sin Costo si se factura al seguro público de su hijo.				
			Firma del miembro del personal del programa _____ Fecha _____	

**NOTA: Se requiere un formulario nuevo en cada revisión anual o cada vez que se produce un cambio en la cantidad de integrantes de la familia, los ingresos, la dirección o el número de teléfono.**

El programa de intervención temprana de Baby Watch (BWEIP) es solicitado por la Ley de Educación para Personas con Discapacidad (Individuals with Disabilities Education Act o IDEA) a fin de informar a los padres sobre las siguientes garantías procesales y protecciones sin costo en relación con los pagos de los servicios de intervención temprana.

#### Medicaid y CHIP

**AVISO A FAMILIARES: Medicaid y CHIP le facturará por servicios de intervención temprana de su hijo si están cubiertas por cualquiera de los programas.**

- El BWEIP debe otorgar a los padres una notificación escrita antes de facturar al seguro de salud público (Medicaid/CHIP) los servicios de intervención temprana de sus hijos.
- No se puede solicitar a los padres la inscripción en el programa de seguro de salud público o de beneficios (Medicaid/CHIP) si estos no se inscribieron previamente en este programa para recibir los servicios de intervención temprana del BWEIP.
- No pueden negarse los servicios de intervención temprana, según se especifica en el Plan Individualizado de Servicios para la Familia (Individualized Family Service Plan o IFSP) del niño y el cual los padres han aceptado, en caso de que estos rechacen el permiso para que dichos servicios sean facturados a su seguro de salud público.
- Los programas BWEIP, Medicaid y CHIP forman parte del Departamento de Salud de Utah, por lo tanto, no es necesario el consentimiento de los padres antes de la presentación de la información personal de identificación de un niño (nombre, fecha de nacimiento, número de póliza y dirección) a los fines de facturación.
- Los padres tienen el derecho de retirar su consentimiento para divulgar la información personal de identificación de su niño en cualquier momento sin perjudicar los servicios del BWEIP que su niño recibe, según se especifica en el IFSP del niño.
- Se les debe informar a los padres del niño que la facturación a su seguro de salud público en Utah (Medicaid/CHIP) no generará una reducción en los beneficios de por vida ni implicará que estos deban pagar por servicios que de otro modo estarían cubiertos. Tampoco generará un aumento en las primas ni la interrupción de los beneficios o el seguro de salud público, ni el riesgo de pérdida de la elegibilidad para las exenciones de hogares o comunidades en función de los gastos de salud acumulados para el niño o sus padres.
- BWEIP deberá obtener el consentimiento por escrito de los padres si la facturación a su seguro de salud público generará una reducción en los beneficios de por vida, implicará que estos deban pagar por servicios que de otro modo estarían cubiertos, generará un aumento en las primas o la interrupción de los beneficios o el seguro de salud público, o bien, conllevará el riesgo de pérdida de la elegibilidad para las exenciones de hogares o comunidades en función de los gastos de salud acumulados para el niño o sus padres.

#### Cargos familiares

El BWEIP no cobrará un cargo por los servicios que un niño tenga derecho a recibir sin costo conforme a IDEA: la identificación del niño, la evaluación, la coordinación del servicio, el desarrollo y la revisión del IFSP, las disposiciones de procedimientos de protección y los servicios ofrecidos por Utah Schools for the Deaf and the Blind. Los derechos de los padres garantizan lo siguiente:

- Todos los servicios de intervención temprana conforme al IFSP se brindarán en forma gratuita y sin demoras, si la familia responde a la definición de incapacidad de pago que establece el estado.
- Las familias recibirán una revisión anual de los cargos familiares o podrán solicitar una revisión en cualquier momento.
- Las familias tienen el derecho de apelar el monto de los cargos familiares por medio del procedimiento de resolución de conflictos de su programa.
- Las familias tienen el derecho de recibir los servicios de forma ininterrumpida durante el proceso de apelación.

- AVISO:**
- **Se considerará que un servicio es prestado y la familia quedará sujeta a un cargo si no se presenta o si no cancela con la anticipación debida.**
  - **Tenga en cuenta realizar la cancelación hasta las 9 de la mañana (9AM) del día del servicio programado.**
  - **Los servicios para los que se cobra un cargo se pueden suspender por falta de pago fuera de un plazo de vencimiento de 90 días.**





Ingresos familiares anuales		Gastos médicos/dentales (continuación)	
Verificación de ingresos por (marque todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Última declaración de impuestos <input type="checkbox"/> Tres últimos recibos de pago consecutivos <input type="checkbox"/> Otro _____		13. Ropa especial requerida según la afección médica \$_____ por mes x 12	\$
		14. Gastos en atención de relevo o cuidado de niños especializado que superan los gastos típicos que no se detallan en la Línea 20	\$
1. Salario mensual bruto (sueldo principal) (antes de impuestos, seguro social, seguro, etc.)	\$	15. Gastos de transporte médico \$_____ por mes x 12	\$
2. Salario mensual bruto (sueldo segundo) (antes de impuestos, seguro social, seguro, etc.)	\$	16. Otros gastos médicos relacionados (especifique): \$_____ por mes x 12	\$
3. Otros ingresos mensuales (pensiones, alquileres, intereses, dividendos, pensión alimentaria y manutención de niños).	\$	<b>17. Total de gastos médicos/dentales</b> (Sume desde la Línea 6 hasta la Línea 16)	\$
4. <u>Total de ingresos mensuales</u> (Sume las Líneas 1+2+3.)	\$	<b>Cálculo de deducciones de ingresos</b>	
5. <b>Ingresos familiares anuales</b> (Multiplique la Línea 4 x 12. Escriba el resultado en la Línea 23.)	\$	18. Deducción medico/dental mínima (Multiplique la Línea 5 x .075)	\$
<b>Gastos médicos o dentales</b>		19. Gastos médicos o dentales deducibles (Réstele a la Línea 17 la Línea 18. Si el resultado es superior a cero, escríbalo aquí. De lo contrario, escriba \$0.)	\$
6. Primas de seguro médico \$_____ por mes x 12	\$	20. Gastos en cuidado de los niños \$_____ por mes x 12	\$
7. Gastos de atención dental y de la vista \$_____ por mes x 12	\$	21. Pagos de manutención de niños o pensión alimentaria \$_____ por mes x 12	\$
8. Copagos del seguro \$_____ por mes x 12	\$	<b>22. Total de deducciones</b> (Sume las Líneas 19+20+21. Escriba el resultado en la Línea 24.)	\$
9. Gastos en atención hospitalaria \$_____ por mes x 12	\$	<b>Cálculo de ingresos familiares modificados</b>	
10. Suplementos nutritivos recetados por un médico \$_____ por mes x 12	\$	23. Monto de la Línea 5.	\$
11. Recetas \$_____ por mes x 12	\$	24. Monto de la Línea 22.	-\$
12. Equipo médico duradero, tecnología de apoyo o gastos de adaptación durante un año	\$	<b>25. Ingresos familiares modificados</b> (Réstele a la Línea 23 la Línea 24 y escriba el resultado aquí y en la página 1, Línea A).	\$
<b>Gastos médicos permitidos</b>			
<p>Los gastos que reúnen los requisitos deben estar directamente relacionados con el estado de salud o enfermedad de un familiar. Deberá pagar en efectivo los gastos de los 12 meses anteriores, por los cuales no recibirá un reembolso. Puede deducir los gastos médicos o dentales permitidos si la cantidad es superior al 7.5 % de sus ingresos brutos ajustados. Para obtener más información, consulte la "Publicación 502 sobre gastos médicos y dentales del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS)" o visite la página <a href="http://www.irs.gov">www.irs.gov</a>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastos de capital para equipos o mejoras en su hogar necesarios para la atención médica</li> <li>• Gastos y cuidado de animales de asistencia para personas ciegas, sordas y con discapacidad</li> <li>• Gastos de eliminación de pintura a base de plomo</li> <li>• Gastos relacionados con el trasplante de órganos</li> <li>• Gastos por servicios hospitalarios (análisis de laboratorio, terapia, etc.)</li> <li>• Pastillas anticonceptivas y abortos y cirugías legales</li> <li>• Alimentos y alojamiento provistos por el hospital durante un tratamiento médico</li> <li>• Primas de seguro médico y del hospital</li> <li>• Gastos por servicios médicos (de médicos, dentistas, cirujanos, especialistas y otros profesionales de atención médica)</li> <li>• Oxígeno y equipos de oxígeno</li> <li>• Recetas, medicamentos e insulina</li> <li>• Orientación recomendada por un médico</li> <li>• Atención psiquiátrica en centros médicos especializados (incluye alimentos y alojamiento)</li> <li>• Artículos especiales (audífonos, sillas de ruedas, etc.)</li> <li>• Escuela especial, matrícula, alimentos y alojamiento</li> <li>• Transporte para atención médica</li> <li>• Tratamiento en centros de rehabilitación para la adicción a drogas o alcohol</li> <li>• Salarios por servicios de enfermería</li> <li>• Gastos de pañales relacionados con algún problema médico</li> <li>• Otros gastos que se incluyen en la Publicación 502 del IRS</li> </ul>			
<b>No se pueden incluir los siguientes gastos</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">• Servicio de pañales</li> <li style="width: 33%;">• Programas para perder peso</li> <li style="width: 33%;">• Atención de enfermería para bebés sanos</li> <li style="width: 33%;">• Cuotas de un gimnasio</li> <li style="width: 33%;">• Pólizas de seguro de vida o de protección de ingresos</li> <li style="width: 33%;">• Cirugía cosmética</li> <li style="width: 33%;">• Personal doméstico</li> <li style="width: 33%;">• Ropa de maternidad</li> <li style="width: 33%;">• Otros gastos que <u>no</u> se incluyen en la Publicación 502 del IRS</li> <li style="width: 33%;">• Programas para dejar de fumar</li> <li style="width: 33%;">• Medicamentos que compre sin receta</li> </ul>			

POVERTY LEVEL % NIVEL DE POBREZA % MONTHLY FAMILY FEE CUOTA MENSUAL		100%	186%	200%	250%	300%	400%	500%	600%	700%	800%	900%	1000%	1100%	1200%
		Exempt	\$10	\$20	\$30	\$40	\$50	\$60	\$80	\$100	\$120	\$140	\$160	\$180	\$200
FAMILY SIZE TAMAÑO de FAMILIA	MODIFIED ANNUAL INCOME / INGRESO ANUAL MODIFICADO														
<b>2</b>	<b>\$20,440</b>	\$0.00 to \$38,018.39	\$38,018.40 to \$40,879.99	\$40,880.00 to \$51,099.99	\$51,100.00 to \$61,319.99	\$61,320.00 to \$81,759.99	\$81,760.00 to \$102,199.99	\$102,200.00 to \$122,639.99	\$122,640.00 to \$143,079.99	\$143,080.00 to \$163,519.99	\$163,520.00 to \$183,959.99	\$183,960.00 to \$204,399.99	\$204,400.00 to \$224,839.99	\$224,840.00 to \$245,279.99	\$245,280.00 and above
<b>3</b>	<b>\$25,820</b>	\$0.00 to \$48,025.19	\$48,025.20 to \$51,639.99	\$51,640.00 to \$64,549.99	\$64,550.00 to \$77,459.99	\$77,460.00 to \$103,279.99	\$103,280.00 to \$129,099.99	\$129,100.00 to \$154,919.99	\$154,920.00 to \$180,739.99	\$180,740.00 to \$206,559.99	\$206,560.00 to \$232,379.99	\$232,380.00 to \$258,199.99	\$258,200.00 to \$284,019.99	\$284,020.00 to \$309,839.99	\$309,840.00 and above
<b>4</b>	<b>\$31,200</b>	\$0.00 to \$58,031.99	\$58,032.00 to \$62,399.99	\$62,400.00 to \$77,999.99	\$78,000.00 to \$93,599.99	\$93,600.00 to \$124,799.99	\$124,800.00 to \$155,999.99	\$156,000.00 to \$187,199.99	\$187,200.00 to \$218,399.99	\$218,400.00 to \$249,599.99	\$249,600.00 to \$280,799.99	\$280,800.00 to \$311,999.99	\$312,000.00 to \$343,199.99	\$343,200.00 to \$374,399.99	\$374,400.00 and above
<b>5</b>	<b>\$36,580</b>	\$0.00 to \$68,038.79	\$68,038.80 to \$73,159.99	\$73,160.00 to \$91,449.99	\$91,450.00 to \$109,739.99	\$109,740.00 to \$146,319.99	\$146,320.00 to \$182,899.99	\$182,900.00 to \$219,479.99	\$219,480.00 to \$256,059.99	\$256,060.00 to \$292,639.99	\$292,640.00 to \$329,220.00	\$329,220.00 to \$365,800.00	\$365,800.00 to \$402,379.99	\$402,380.00 to \$438,959.99	\$438,960.00 and above
<b>6</b>	<b>\$41,960</b>	\$0.00 to \$78,045.59	\$78,045.60 to \$83,919.99	\$83,920.00 to \$104,899.99	\$104,900.00 to \$125,879.99	\$125,880.00 to \$167,839.99	\$167,840.00 to \$209,799.99	\$209,800.00 to \$251,759.99	\$251,760.00 to \$293,719.99	\$293,720.00 to \$335,679.99	\$335,680.00 to \$377,639.99	\$377,640.00 to \$419,599.99	\$419,600.00 to \$461,559.99	\$461,560.00 to \$503,519.99	\$503,520.00 and above
<b>7</b>	<b>\$47,340</b>	\$0.00 to \$88,052.39	\$88,052.40 to \$94,679.99	\$94,680.00 to \$118,349.99	\$118,350.00 to \$142,019.99	\$142,020.00 to \$189,359.99	\$189,360.00 to \$236,699.99	\$236,700.00 to \$284,039.99	\$284,040.00 to \$331,379.99	\$331,380.00 to \$378,719.99	\$378,720.00 to \$426,059.99	\$426,060.00 to \$473,399.99	\$473,400.00 to \$520,739.99	\$520,740.00 to \$568,079.99	\$568,080.00 and above
<b>8</b>	<b>\$52,720</b>	\$0.00 to \$98,059.19	\$98,059.20 to \$105,439.99	\$105,440.00 to \$131,799.99	\$131,800.00 to \$158,159.99	\$158,160.00 to \$210,879.99	\$210,880.00 to \$263,599.99	\$263,600.00 to \$316,319.99	\$316,320.00 to \$369,039.99	\$369,040.00 to \$421,759.99	\$421,760.00 to \$474,479.99	\$474,480.00 to \$527,199.99	\$527,200.00 to \$579,919.99	\$579,920.00 to \$632,639.99	\$632,640.00 and above
<b>9</b>	<b>\$58,100</b>	\$0.00 to \$108,065.99	\$108,066.00 to \$116,199.99	\$116,200.00 to \$145,249.99	\$145,250.00 to \$174,299.99	\$174,300.00 to \$232,399.99	\$232,400.00 to \$290,499.99	\$290,500.00 to \$348,599.99	\$348,600.00 to \$406,699.99	\$406,700.00 to \$464,799.99	\$464,800.00 to \$522,899.99	\$522,900.00 to \$580,999.99	\$581,000.00 to \$639,099.99	\$639,100.00 to \$697,199.99	\$697,200.00 and above
<b>10</b>	<b>\$63,480</b>	\$0.00 to \$118,072.79	\$118,072.80 to \$126,959.99	\$126,960.00 to \$158,699.99	\$158,700.00 to \$190,439.99	\$190,440.00 to \$253,919.99	\$253,920.00 to \$317,399.99	\$317,400.00 to \$380,879.99	\$380,880.00 to \$444,359.99	\$444,360.00 to \$507,839.99	\$507,840.00 to \$571,319.99	\$571,320.00 to \$634,799.99	\$634,800.00 to \$698,279.99	\$698,280.00 to \$761,759.99	\$761,760.00 and above
<b>11</b>	<b>\$68,860</b>	\$0.00 to \$128,079.59	\$128,079.60 to \$137,719.99	\$137,720.00 to \$172,149.99	\$172,150.00 to \$206,579.99	\$206,580.00 to \$275,439.99	\$275,440.00 to \$344,299.99	\$344,300.00 to \$413,159.99	\$413,160.00 to \$482,019.99	\$482,020.00 to \$550,879.99	\$550,880.00 to \$619,739.99	\$619,740.00 to \$688,599.99	\$688,600.00 to \$757,459.99	\$757,460.00 to \$826,319.99	\$826,320.00 and above
<b>12</b>	<b>\$74,240</b>	\$0.00 to \$138,086.39	\$138,086.40 to \$148,479.99	\$148,480.00 to \$185,599.99	\$185,600.00 to \$222,719.99	\$222,720.00 to \$296,959.99	\$296,960.00 to \$371,199.99	\$371,200.00 to \$445,439.99	\$445,440.00 to \$519,679.99	\$519,680.00 to \$593,919.99	\$593,920.00 to \$668,159.99	\$668,160.00 to \$742,399.99	\$742,400.00 to \$816,639.99	\$816,640.00 to \$890,879.99	\$890,880.00 and above
<b>12+</b>	<b>+\$5380</b>	+\$5,380.00 per person	+\$10,006.80 per person	+\$10,760.00 per person	+\$13,450.00 per person	+\$16,140.00 per person	+\$21,520.00 per person	+\$26,900.00 per person	+\$32,280.00 per person	+\$37,660.00 per person	+\$43,040.00 per person	+\$48,420.00 per person	+\$53,800.00 per person	+\$59,180.00 per person	+\$64,560.00 per person
NOTE: This Division of Family Health Sliding Fee Scale is based on the Federal Poverty Guidelines published in the Federal Register on January 13 2018 at federalregister.gov. The scale will be changed in accordance with federal poverty guidelines and updated when new guidelines are published by the Department of Health and Human Services, Office of the Secretary. NOTA: Este gráfico está basado en los Federal Poverty Guidelines como se publica en el Federal Register, 13 de enero de 2018 en federalregister.gov. Cuando nuevos guías federales de pobreza están publicados, el gráfico será cambiado en acuerdo con las guías federales de pobreza publicados por el Department of Health and Human Services, Office of the Secretary.															



## Derechos y responsabilidades de los padres conforme al apartado C de IDEA



## Responsabilidades de los padres

Como padre o madre de un bebé o niño pequeño con un retraso en el desarrollo o una discapacidad, usted es la voz de su hijo. Sus responsabilidades incluyen las siguientes:

- Aprender sobre el retraso en el desarrollo o la discapacidad de su hijo
- Brindar información sobre su hijo y su familia para ayudar al programa de EI a comprender sus necesidades
- Participar en la elaboración de las metas del IFSP de su hijo y trabajar junto a los proveedores de servicios para alcanzar esas metas
- Controlar el avance de su hijo y comunicar las preguntas o inquietudes que se presenten a su equipo de servicios o al programa de EI
- Hablar con el equipo de servicios sobre las cuestiones que pueden afectar los servicios de su hijo
- Hacer citas de servicios cuando usted y su hijo sean más capaces de participar
- Estar dispuesto y preparado para reunirse con los proveedores de servicios en el momento programado
- Prestar toda su atención a su hijo y a los proveedores de servicios durante cada visita
- Notificar siempre a los proveedor de servicios en forma oportuna cuando no sea posible asistir a una cita
- Pagar las cuotas a tiempo (si le corresponde)

## Recursos

Para más información en cuanto a los derechos y responsabilidades de los padres en la intervención temprana, póngase en contacto con:

[babywatch.utah.gov](http://babywatch.utah.gov)

(800) 961-4226



# Derechos de los padres

Cada padre y madre tiene derechos conforme a la ley federal llamada Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés). El apartado C de IDEA garantiza ciertos derechos a las familias de infantes y niños pequeños con necesidades especiales. Los derechos de la familia bajo IDEA comienzan desde el momento en que son referidos a la intervención temprana (EI, por sus siglas en inglés). Cuando usted conoce sus derechos, puede ayudar a tomar decisiones importantes en cuanto a los servicios de intervención temprana de su hijo. El apartado C de IDEA garantiza los derechos siguientes a todos los padres:

## 1. EL DERECHO A DAR PERMISO INFORMADO: §303.7

Usted debe dar permiso por escrito antes de la evaluación de su hijo, antes de empezar o cambiar los servicios y antes de que la información en cuanto a su hijo y su familia sea compartido con cualquier persona. Usted debe recibir información y explicaciones completas antes de que usted tome cualquier decisión o firme cualquier documento. Usted puede anular su permiso por escrito en cualquier momento.

## 2. EL DERECHO A RECIBIR NOTIFICACIONES POR ESCRITO: §303.421

Usted debe ser notificado por escrito por el programa local de EI antes de que cualquier evaluación de su hijo pueda suceder. Usted también debe ser notificado en un plazo razonable antes de que el equipo de EI tome cualquier decisión en cuanto a:

- La elegibilidad de su hijo
- Las reuniones sobre el Plan Familiar de Servicios Individualizado (IFSP)
- Empezar o cambiar los servicios de su hijo
- La negación (decidir no recibir) de servicios

## 3. EL DERECHO A UN PLAN FAMILIAR DE SERVICIOS INDIVIDUALIZADOS (IFSP, por sus siglas en inglés) COORDINADO: §303.342-343

Un IFSP es un plan escrito que describe sus metas para su hijo para los 12 meses siguientes. El IFSP dice cuándo, dónde, y cómo cada servicio será entregado. Usted trabajará con el equipo de servicios para escribir el IFSP de su hijo. Usted también ayudará en planear la reunión de IFSP, en la cual el IFSP será discutido y firmado. Usted puede invitar a cualquier persona a la reunión de IFSP. El IFSP de su hijo será revisado por lo menos cada 6 meses, o mas pronto si usted lo pide. Usted puede pedir una revisión de IFSP en cualquier momento.

## 4. EL DERECHO A RECIBIR SERVICIOS EN ENTORNOS NATURALES:

### §303.26 y §303.126

Los entornos naturales son los lugares donde viven, aprenden y juegan los niños. Los entornos naturales también son las actividades rutinarias, o lo que hacen los niños en su vida cotidiana en su casa y comunidad. Los servicios están centrados en las rutinas cotidianas de la familia, para que usted aprenda estrategias para enseñarle a su hijo como parte de las actividades habituales. Cuando un servicio se realiza fuera de un entorno natural, el programa de EI debe darle una justificación por escrito.

## 5. EL DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD: §303.401 y §303.414

Acceso a su información personal se limita al personal selecto y autorizado del programa local de EI y de Baby Watch. Los padres deben otorgar su consentimiento y acuerdo por escrito antes de que se pueda compartir la información en los registros electrónicos o escritos. Los registros de los niños se conservarán por al menos cinco años, y después se destruirán.

## 6. EL DERECHO A REVISAR LOS REGISTROS: §303.401, §303.405-409

Usted puede pedir una explicación de los registros de su hijo o revisarlos en cualquier momento. El programa de EI cumplirá con su pedido dentro de 10 días. Usted puede recibir una copia del registro de su hijo sin cargo. El programa puede proveer copias adicionales con cargo. Después de revisar el registro, usted puede pedir cambios si piensa que el registro es incorrecto o incompleto. Si el programa no está de acuerdo con su solicitud de cambiar la información, usted puede pedir una audiencia para recusar la decisión.

## 7. EL DERECHO A PRESENTAR UNA QUEJA: §303.431-434

Si no es posible resolver el desacuerdo o la preocupación con el programa local de EI, o si quiere hablar directamente con Baby Watch, usted puede mandar preocupaciones escritas a [babywatch@utah.gov](mailto:babywatch@utah.gov) o Baby Watch Early Intervention Program, PO Box 144720, SLC UT 84114-4720.

Si usted siente que sus derechos han sido violados, las siguientes opciones están disponibles (cartas de modelo están en el sitio web de Baby Watch).

- Presentar una queja por escrito.
- Pedir la mediación.
- Pedir una audiencia de proceso debido.

Mientras se resuelve el desacuerdo, el niño seguirá recibiendo los servicios según lo que se detalla en el IFSP actual, a menos que los padres y los proveedores se pongan de acuerdo para hacer un cambio. Para más información en cuanto a la resolución de desacuerdos, póngase en contacto con Baby Watch, o con el Centro de Padres de Utah en (800) 468-1160 o [utahparentcenter.org](http://utahparentcenter.org).

# HELP ME GROW UTAH

Es el momento de ver la diferencia que están haciendo en la vida de sus hijos.

Help Me Grow Utah es una red estatal de información y referencia disponible sin costo para las familias que están embarazadas o tienen niños pequeños. Revisa lo que ofrecemos:

## APOYO PERSONALIZADO PARA PADRES

Un especialista de apoyo al padre virtual, para contestar sus preguntas sobre la crianza de los niños, el embarazo y el desarrollo infantil

## EVALUACIONES

Cuestionarios para medir la trayectoria del desarrollo general, social y emocional de un niño y encuestas a través del embarazo y el período postparto

## ACTIVIDADES

Actividades según la edad de su hijo para fortalecer su desarrollo y relación entre padre e hijo

## CONEXIONES A RECURSOS

Recomendaciones para el apoyo comunitario (clases para padres, terapias, y más)

**Llame o mande un texto al:**  
**801.691.5322**  
helpmegrowutah.org



United Ways of Utah