Remueva el formulario

DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONÓMICO DE ARIZONA

Site Code 795M, 2200 N. Central Ave. • P.O. Box 6123, Phoenix, AZ 85005-6123

PROGRAMA DE INCREMENTO EN COMUNICACIÓN CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Usted ha solicitado un aparato para incrementar la comunicación para
Operaciones de Cuidado Administrado de DES/DDD necesita su autorización escrita para compartir la siguiente información con el (los) fabricante(s):

- ☐ Copia de la evaluación acerca del incremento en comunicación
- ☐ Copia de la prescripción del médico acerca de la necesidad médica
- ☐ El número de teléfono de la compañía de seguros privada
- ☐ Copia de la tarjeta de seguro privada, si está disponible

Toda la información compartida con el fabricante se manejará conforme al estatuto sobre la naturaleza confidencial de información de DES/DDD. El fabricante enviará la información a la compañía de seguros privada de usted para obtener la carta de Explicación de Beneficios (EOB).

Por favor firme a continuación para indicar que usted ha leído el Consentimiento para Compartir Información y que lo entiende y está de acuerdo con el mismo.

_____
Nombre del Padre/Madre/Tutor *(En letra de molde por favor)*

_____ _____
Firma del Padre/Madre/Tutor Fecha

Incluya el formulario rellenado con el Paquete de Recomendación.
Vea la Lista de Cotejo para Recomendaciones (DD-301).

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ◆ Bajo los Titulos VI y VII de la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA) y la Ley de Derechos Civiles del año 1964, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación por Edad de 1975, el Departamento prohibe discriminar en lugares de empleo, programas, servicios o activiades basado en raza, color de piel, religion, sexo, origen nacional, edad, y incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato o obtener informacion adicional sobre esta politica, comuníquese con el coordinador de la Ley de Estadounidenses con Incapacidades (Americans with Disabilities Act: ADA) de la Division de Incapacidades del Desarollo: 602-542-6825; Servicios de TTY/TTD: 7-1-1.