

# Formulario EI-17

Fecha del día de hoy \_\_\_\_\_ Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño/a \_\_\_\_\_

Nombre del padre/la madre \_\_\_\_\_ Número del EIDS \_\_\_\_\_

## Hoja de gastos médicos extraordinarios

Ingresos del padre/la madre  semanal (52)  cada dos semanas (26)  mensual (12)  dos veces por mes (24) tamaño de la familia: \_\_\_\_\_

Fecha(s) de talón de pago \_\_\_\_\_

Monto(s) bruto(s) \_\_\_\_\_

Ingresos del padre/la madre  semanal (52)  cada dos semanas (26)  mensual (12)  dos veces por mes (24) tamaño de la familia: \_\_\_\_\_

Fecha(s) de talón de pago \_\_\_\_\_

Monto(s) bruto(s) \_\_\_\_\_

Ingresos anuales totales \_\_\_\_\_

*Puede encontrar estimaciones para ingresos familiares de 210 % a 401 % o más según el Nivel Federal de Pobreza (FPL) en <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>.*

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_  
Ingresos anuales Gastos médicos extraordinarios (EME) Gastos médicos de desembolso por cuenta propia

Calculé el monto anticipado de los gastos médicos de desembolso por cuenta propia en base a los niveles federales de pobreza más recientes según lo determina el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, publicados en el registro federal. He compartido esta información con el padre/la madre. El Departamento de Discapacidades del Desarrollo (DODD) usará esta información para realizar una determinación final de los gastos médicos extraordinarios de la familia.

Nombre del coordinador/a de servicios de Intervención temprana (EI) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del coordinador/a de servicios de Intervención temprana (EI) \_\_\_\_\_