



Early Steps/Medicaid Freedom of Choice Statement
Declaración de libertad de elección de Pasos Tempranos/Medicaid

Child's Name: _____ **Medicaid # :** _____
Nombre del niño : # de Medicaid:

Medicaid Funded Service(s) on IFSP

Servicios pagados por Medicaid identificados en el *Plan Individualizado de Apoyo Familiar (IFSP)*

Dated: _____
Fecha:

Parent/guardian must initial all that apply:

Padre/Guardián debe poner las iniciales certificando todos los siguientes comentarios que apliquen a su caso individual:

I understand that I have the right to freely choose from any Medicaid provider within my service area to obtain any Medicaid reimbursable items or services recommended, identified or authorized on the Individualized Family Support Plan (IFSP).

Entiendo que tengo el derecho de escoger libremente cualquier proveedor de Medicaid dentro de mi área de servicio para obtener servicios reembolsables por Medicaid o servicios recomendados, identificado o autorizado en el *Plan Individualizado de Apoyo Familiar*.

I have a current (dated) list of name and addresses of Medicaid-enrolled providers in my service delivery area, who can deliver recommended, identified or authorized items or services, if service providers are available in the community.

Tengo la lista corriente (fecha) de nombres y direcciones de los proveedores matriculados en Medicaid en mi área de servicio que puedan proveer los servicios recomendados, identificados o autorizados, siempre y cuando (el proveedor) este disponible.

I have been informed whether my Early Steps service coordinator/targeted case manager has a financial interest in the service or item being recommended, identified or authorized on the IFSP.

He sido informado si mi coordinador de servicios del programa Pasos Tempranos tiene un interés financiero en el servicio o artículo recomendado, identificado o autorizado en el *Plan Individualizado de Apoyo Familiar (IFSP)*.

Parent/Guardian Signature: Parent provided verbal consent **Date:** _____
Firma del Padre/Guardián Fecha

This statement must be completed, signed and dated by the parent, guardian or legally responsible caretaker when a Medicaid-funded service is recommended, identified or authorized on the Individualized Family Support Plan (IFSP) and maintained in the child's Early Steps record.

Esta declaración debe ser completada, firmada y fechada por el padre, guardian o persona legalmente responsable cuando un servicio pagado por Medicaid esta recomendado, identificado, o autorizado en el Plan Individualizado de Apoyo Familiar (IFSP). El programa de Pasos Tempranos debe mantener una copia del mismo en el archivo.