

Nombre del niño: _____ MAID #: _____ Fecha de hoy: _____

Franklin/Fulton County	Ages
# ^ Achieving True Self P: 866-287-2036 F: 888-244-1718	0-21
# ^ Children's Behavioral Health P: 814-942-8168 F: 814-942-8172	0-21
# ^ Family Behavioral Resources Fulton P: 717-325-0223 Fulton F: 717-325-0228 Franklin P: 717-496-8127 Franklin F: 717-504-8962	0-21
^ # Laurel Life Services P: 717-375-1517 F: 717-263-6049	0-21
# Momentum Services P: 717-262-2183 F: 717-262-2486	0-21
^ # PA Counseling P: 717-261-1218 F: 717-63-6571	0-21
# Youth Advocate Programs P: 717-267-7887 F: 717-267-0787	0-21

Esto indica un proveedor individual de servicios de IBHS
^ Esto indica un proveedor de servicios de ABA y IBHS

Información de contacto del Miembro (nombre del Miembro y del padre o tutor / # de teléfono): _____

Necesidades especiales del Miembro (ej.: impedimento auditivo/visual, inglés como segundo idioma): _____

Proveedor a quien se le envió la información del referido: _____

el Miembro/padre/tutor: _____

Fecha: _____

Por favor escoja al proveedor dentro de la red de quien usted desea recibir los servicios de BHRS, si estos servicios son aprobados. En esta lista se encuentran todos los proveedores que están dentro de la red y que son aprobados por el condado en donde la asistencia médica de su niño está registrada. **Marque con un círculo su opción claramente – por favor preste atención a los rangos de las edades. NOTA: Si usted tiene un seguro comercial primario y los servicios son para el trastorno del espectro autista, estos servicios podrían estar cubiertos conforme a la Ley 62 de PA. Por favor pregunte a su compañía de seguro primario sobre la cobertura y escoja a un proveedor que participe en su red de seguro comercial y en la red de PerformCare.**