

Reconocimiento de la disponibilidad inicial de los Servicios Intensivos de Salud Conductual (IBHS, por sus siglas en inglés) para los servicios individuales de IBHS y IBHS de Análisis Conductual Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés)

Fecha: _____

Nombre del miembro: _____ MAID #: _____

Condado del miembro:

Cumberland Dauphin Franklin Fulton Lancaster Lebanon Perry

Proveedor de su elección: _____

Servicios individuales/IBH de ABA pendientes

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asistente de consulta de comportamiento-ABA | <input type="checkbox"/> Análítica de comportamiento | <input type="checkbox"/> Consulta de comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Consulta de comportamiento-ABA | <input type="checkbox"/> Técnico en salud conductual | <input type="checkbox"/> Terapia móvil |
| <input type="checkbox"/> Técnico en salud conductual-ABA | | |

En este momento, elijo esperar hasta que los servicios estén disponibles con el siguiente proveedor de IBHS: _____, sin embargo, entiendo que puedo solicitar un traslado a otro proveedor en cualquier momento. Si quiero cambiar de proveedor más adelante, en caso de que los servicios aún no hayan comenzado, me pondré en contacto con _____ y ellos enviarán mi orden escrita de IBHS o la de mi niño a PerformCare, quien ayudará a encontrar un proveedor de IBHS con disponibilidad según mi elección.

Mi firma a continuación refleja el acuerdo con lo anterior y el proceso de traslado.

Firma del miembro (14 años o más)/padre/tutor: _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha: _____

Números de contacto de PerformCare:

Miembros del área metropolitana: 1-888-722-8646

Miembros de los condados de Franklin/Fulton: 1-866-773-7917