

Página 1 de 2

5. Por servicios prestados: Mes _____ Año _____

[illegible]

**VERIFICACIÓN PATERNA PARA LA RECEPCIÓN DE TERAPIAS DE COMPORTAMIENTO
DS 5862 (6/2011)****Página 2 de 2**

Instrucciones para el proveedor: El Artículo 4686.31 del Código de Bienestar e Instituciones (Welfare and Institutions Code) exige que el proveedor que ofrezca las Terapias de Comportamiento previstas en el Título 17 del Código Reglamentario de California* deberá presentar un formulario de verificación completo al Centro Regional por los servicios prestados a los consumidores menores de 18 años que residen en el hogar familiar. El proveedor deberá presentar las verificaciones completas ante el Centro Regional junto con las facturas por los servicios prestados. Si los padres o los tutores designados por la ley de un consumidor menor de edad no presentan una verificación de servicios al proveedor, este se pondrá en contacto con el Centro Regional. La no presentación de la verificación de servicios al proveedor por parte de los padres o los tutores designados por la ley de un consumidor menor de edad no constituirá causal de extinción ni cambio de las terapias de comportamiento del consumidor menor de edad.

***Esto se aplica a los siguientes Códigos de Servicio:** 612-Analista de comportamiento, 613-Analista auxiliar de comportamiento, 615-Asistente de manejo del comportamiento, 616-Técnico paraprofesional del comportamiento, 620-Consultor de manejo del comportamiento, 625-Servicios de atención psicológica, 680-Tutor, 017-Equipo de crisis-Capacitación de intervención del comportamiento y evaluación, 025-Servicios del tutor- Grupo, 048-Capacitación de intervención del comportamiento de apoyo paterno/al cliente y 077-Programa de intervención del comportamiento basado en el hogar coordinado por los padres para niños autistas.

Instrucciones para los padres o tutores designados por la ley: Firme, feche y envíe este formulario a su proveedor dentro del plazo de 30 días de la prestación de los servicios. Si no puede firmarlo, contáctese con el coordinador del servicio/administrador del caso de su Centro Regional lo antes posible.

Si tiene alguna duda, comuníquese con el coordinador del servicio/administrador del caso de su Centro Regional.

Verifico que las Terapias de Comportamiento prestadas al consumidor indicadas en el presente formulario fueron brindadas en el lugar, en las fechas y en los horarios consignados y son verdaderas, correctas y completas.

Nombre del padre/tutor designado por la ley

Firma del padre o del tutor designado por la ley

Fecha