Medically Dependent Children Program

Qualified Income Trust (QIT) Co-Payment Agreement

Individual Name	Medicaid No.
Trustee Name	Trustee Area Code and Telephone No.
Trustee Address	City, State, ZIP

Services to be Purchased through QIT Co-payment

Provider	Service to be Purchased	Amount Available for Co-Payment	Unit Rate	Units to be Purchased	Monthly Co-Payment Amount
				Total Monthly Co-Payment Amount	

Co-Payment Agreement

I understand that the trustee of the qualified income trust established on my behalf will be required to pay the providers of my MDCP services directly for services that are to be purchased through my co-payment. I understand that I must assure that the provider is paid the co-payment by the tenth day of each month, or no later than 10 days after MDCP services have started in situations when services did not start on the first of the month. I agree to notify the trustee of my trust of this requirement and understand that failure to pay the co-payment will result in termination of my MDCP and Medicaid benefits.

_____ _____
Signature – Applicant/Individual/Responsible Party Date

_____ _____
Signature – Case Manager Date

_____ _____
Signature – Trustee Date

Departamento de Servicios para
Adultos Mayores y Personas
Discapacitadas de Texas

Forma 2401-S
Junio de 2005-E

Programa para Niños Médicamente Dependientes

Acuerdo de copago del Fideicomiso Habilitado de Ingresos (QIT)

Nombre de la persona	Núm. de Medicaid
Nombre del fiduciario	Clave del área y teléfono del fiduciario
Dirección del fiduciario	Ciudad, Estado, Código postal

Servicios que se comprarán por medio del copago del QIT

Proveedor	Servicio que se comprará	Cantidad disponible para el copago	Cuota por unidad	Unidades que se comprarán	Cantidad del copago mensual
				Cantidad total del copago mensual	

Acuerdo de copago

Entiendo que el fiduciario del fideicomiso habilitado de ingresos creado en mi nombre tendrá que pagar directamente a los proveedores de servicios del MDCP los servicios que se comprarán con mi copago. Entiendo que tengo que asegurar que el proveedor reciba el copago para el décimo día de cada mes, o a más tardar 10 días después de iniciar los servicios del MDCP si los servicios no se iniciaron el primero del mes. Acepto avisar al fiduciario de mi fideicomiso sobre este requisito y entiendo que no hacer el copago dará lugar a la terminación de mis beneficios del MDCP y de Medicaid.

_____ Firma de solicitante, persona o persona responsable

_____ Fecha

_____ Firma del administrador de casos

_____ Fecha

_____ Firma del fiduciario

_____ Fecha