

تاریخ \_\_\_\_\_ اداره فراهم کننده ESIT \_\_\_\_\_

نام کارمندان FRC/ESIT \_\_\_\_\_ شماره تلفن \_\_\_\_\_

بخش A: معلومات شناسایی

نام قانونی طفل \_\_\_\_\_ تاریخ تولد \_\_\_\_\_

نام والدین/سرپرست 1 \_\_\_\_\_ تاریخ تولد \_\_\_\_\_

نام والدین/سرپرست 2 \_\_\_\_\_ تاریخ تولد \_\_\_\_\_

بخش B: معلومات بیمه

شماره پالیسی	نام بیمه	نوع بیمه
		Kids CHIP برای Medicaid/ Apple Health
		بیمه خصوصی TRICARE

بخش C: رضایت به Bill Medicaid یا Apple Health برای Kids CHIP (همه موارد قابل اجرا را علامت گذاری کنید)

من اجازه می‌دهم به ارائه‌دهنده(گان) خدمات ESIT من تا درخواست‌های پرداخت را به Medicaid یا Apple Health برای Kids CHIP برای ارزیابی اولیه و مداوم و/یا سنجش و تمام خدمات قابل پرداخت ESIT در برنامه خدمات خانوادگی انفرادی (IFSP) طفل من، مشروط به مشارکت قیمت خانواده (FCP) ارسال کنند. این خدمات بدون مصرف به خانواده من ارائه خواهد شد.

من دسترسی به Medicaid یا Apple Health برای Kids CHIP را رد می‌کنم، و با رد این دسترسی می‌فهمم که ممکن است مسئول پرداخت مصرف مشارکت ماهانه باشم.

من هم Medicaid و هم TRICARE یا بیمه خصوصی دارم و اجازه می‌دهم به ارائه‌دهنده(گان) خدمات ESIT من تا درخواست‌های پرداخت را به Medicaid یا Apple Health برای Kids CHIP برای ارزیابی اولیه و مداوم و/یا سنجش، و تمام خدمات قابل پرداخت ESIT در برنامه خدمات خانوادگی انفرادی (IFSP) طفل من، مشروط به مشارکت قیمت خانواده (FCP) ارسال کنند. این خدمات بدون مصرف به خانواده من ارائه خواهد شد.

من بدینوسیله تصدیق می‌کنم که:

- من معلومات را در این فورم ارائه کردم که دقیق و تکمیل است.
- من موافقه می‌کنم که فراهم کننده ESIT خود را در مورد هر تغییر در مصرف عامه خود مطلع سازم.
- من ملزم نبودم که برای Medicaid/Apple Health برای Kids/CHIP ثبت‌نام کنم.
- من مسئول هرگونه حق بیمه مربوط به Apple Health برای Kids/CHIP خود هستم.
- من درک می‌کنم که با رضایت دادن به دسترسی به فواید عامه من معلومات قابل شناسایی شخصی من با Medicaid به اشتراک گذاشته خواهد شد.
- من می‌دانم که می‌توانم دسترسی به فواید عامه خود را رد کنم و از به اشتراک گذاشتن معلومات قابل شناسایی شخصی خود با Medicaid خودداری کنم.
- اگر من هم فواید عامه و هم بیمه شخصی داشته باشم – من درک می‌کنم که فواید عامه من حق دارد تا مصارف را از حامل بیمه من جبران کند. من همچنان می‌دانم که من باید بخش‌های دیگر قابل اجرا را در این فورم تکمیل نمایم.

امضا(های) والدین/سرپرست

امضای والدین/سرپرست \_\_\_\_\_ تاریخ تولد \_\_\_\_\_

امضای والدین/سرپرست \_\_\_\_\_ تاریخ تولد \_\_\_\_\_