

Consentement relatif au système de paiements et de frais (SOPAF) du programme ESIT Familles bénéficiant de Medicaid/Apple Health for Kids CHIP

Date _____ Agence prestataire ESIT _____

Nom du coordonnateur des ressources familiales
(Family Resources Coordinator, FRC)/membre du personnel ESIT _____

Numéro de téléphone _____

Section A : Informations d'identification

Nom légal de l'enfant _____ Date de naissance _____

Nom du parent/tuteur 1 _____ Date de naissance _____

Nom du parent/tuteur 2 _____ Date de naissance _____

Section B : Informations sur l'assurance

Type d'assurance	Nom de l'assurance	Numéro de police
Medicaid/Apple Health for Kids - programme d'assurance maladie pour enfants (Children's Health Insurance Program, CHIP)		
Assurance privée TRICARE		

Section C : Consentement à facturer Medicaid ou Apple Health for Kids CHIP (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

J'autorise mon ou mes prestataires de services de soutien précoce aux nourrissons et aux tout-petits (Early Support for Infants and Toddlers, ESIT) à soumettre des demandes de remboursement à Medicaid ou à Apple Health for Kids CHIP pour les évaluations et/ou bilans initiaux et continus, ainsi que pour tous les services ESIT facturables figurant dans le plan individualisé de services à la famille (Individualized Family Service Plan, IFSP) de mon enfant et soumis à la participation financière de la famille (Family Cost Participation, FCP). Ces services seront fournis gratuitement à ma famille.

Je refuse l'utilisation de Medicaid ou d'Apple Health for Kids CHIP et je comprends qu'en refusant cet accès, je pourrais être responsable de frais mensuels de participation.

Je bénéficie à la fois de Medicaid et de TRICARE ou d'une assurance privée et j'autorise mon ou mes prestataires de services ESIT à soumettre des demandes de remboursement à mes prestations publiques et à mon assurance privée pour les évaluations et/ou bilans initiaux et continus, ainsi que pour tous les services ESIT facturables figurant dans l'IFSP de mon enfant et soumis à la FCP. Ces services seront fournis gratuitement à ma famille.

J'atteste par la présente que :

- Les informations que j'ai fournies dans ce formulaire sont exactes et complètes.
- J'accepte d'informer mon prestataire ESIT de tout changement concernant mes prestations publiques.
- Je n'ai pas été tenu(e) de m'inscrire à Medicaid/Apple Health for Kids/CHIP.
- Je suis responsable de toutes les primes liées à mon Apple Health for Kids/CHIP.
- Je comprends qu'en consentant à l'accès à mes prestations publiques, mes informations permettant de m'identifier personnellement seront communiquées à Medicaid.
- Je comprends que je peux refuser l'accès à mes prestations publiques et refuser de communiquer mes informations permettant de m'identifier personnellement à Medicaid.
- Si je bénéficie à la fois de prestations publiques et d'une assurance privée, je comprends que l'organisme chargé de mes prestations publiques a le droit de recouvrer les coûts auprès de mon assureur. Je comprends également que je dois remplir les autres sections applicables de ce formulaire.

Signature(s) du/des parent(s)/tuteur(s)

Signature du parent/tuteur _____ Date de naissance _____

Signature du parent/tuteur _____ Date de naissance _____