

Petsa _____ Ahensya ng Tagapagbigay ng ESIT _____

Pangalan ng Kawani ng Family Resources Coordinator (FRC)/ESIT _____

Numero ng Telepono _____

Seksyon A: Impormasyong Pagkakakilanlan

Legal na Pangalan ng Bata _____ Petsa ng Kapanganakan _____

Pangalan ng Magulang/Tagapag-alaga 1 _____ Petsa ng Kapanganakan _____

Pangalan ng Magulang/Tagapag-alaga 2 _____ Petsa ng Kapanganakan _____

Seksyon B: Impormasyon ng Insurance

Uri ng Insurance	Pangalan ng Insurance	Numero ng Polisiya
Medicaid/ Apple Health for Kids Children's Health Insurance Program (CHIP)		
Pribadong Insurance ng TRICARE		

Seksyon C: Pahintulot na Singilin ang Medicaid o Apple Health for Kids CHIP (Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop)

Pinapahintulutan ko sa aking (mga) Tagapagbigay ng Serbisyo ng Early Support for Infants and Toddlers (ESIT) na magsumite ng mga claim sa Medicaid o Apple Health for Kids CHIP para sa pauna at patuloy na ebalwasyon at/o pagtatasa at lahat ng masingil na serbisyo ng ESIT sa Individualized Family Service Plan (IFSP) ng aking anak na saklaw ng Family Cost Participation (FCP). Ang mga serbisyong ito ay ibibigay nang walang bayad sa aking pamilya.

Tinatanggihan ko ang pag-access sa Medicaid o Apple Health for Kids CHIP, at nauunawaan ko na sa pagtanggihan sa pag-access, maaari akong maging responsable sa buwanang bayad sa paglahok.

Mayroon akong parehong Medicaid at TRICARE o pribadong insurance at pinapahintulutan ko ang aking (mga) Tagapagbigay ng Serbisyo ng ESIT na magsumite ng mga claim sa aking mga pampublikong benepisyo at pribadong insurance para sa pauna at patuloy na ebalwasyon at/o pagtatasa, at para sa lahat ng masingil na serbisyo ng ESIT sa IFSP ng aking anak na saklaw ng FCP. Ang mga serbisyong ito ay ibibigay nang walang bayad sa aking pamilya.

Pinatutunayan ko na:

- Ang impormasyong ibinigay ko sa pormularyong ito ay tama at kumpleto.
- Sumasang-ayon akong ipaalam sa aking Tagapagbigay ng ESIT ang anumang pagbabago sa aking mga pampublikong benepisyo.
- Hindi ako inatasang magpatala sa Medicaid/Apple Health for Kids/CHIP.
- Ako ang responsable sa anumang premium na kaugnay ng aking Apple Health for Kids/CHIP.
- Nauunawaan ko na sa pagpapahintulot ko na ma-access ang aking mga pampublikong benepisyo, ibabahagi sa Medicaid ang aking personal na impormasyon ng pagkakakilanlan.
- Nauunawaan ko na maaari kong tanggihan ang pag-access sa aking mga pampublikong benepisyo at tanggihan ang pagbabahagi ng aking personal na impormasyon ng pagkakakilanlan sa Medicaid.
- Kung mayroon akong parehong pampublikong benepisyo at pribadong insurance, nauunawaan ko na may karapatan ang aking mga pampublikong benepisyo na bawiin ang mga gastos mula sa aking tagapagbigay ng insurance. Nauunawaan ko rin na kailangan ko ring kumpletuhin ang iba pang naaangkop na seksyon ng pormularyong ito.

(Mga) Lagda ng Magulang / Tagapag-alaga

Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga _____ Petsa ng Kapanganakan _____

Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga _____ Petsa ng Kapanganakan _____