

## Згода на використання системи платежів і зборів (SOPAF) програми ESIT для сімей, які мають покриття за програмою Medicaid / Apple Health for Kids CHIP

Дата \_\_\_\_\_ Установа-постачальник послуг програми ESIT \_\_\_\_\_

Ім'я та прізвище координатора ресурсів для сімей (Family Resources Coordinator, FRC) /  
працівника програми ESIT \_\_\_\_\_

Номер телефону \_\_\_\_\_

### Розділ А. Ідентифікаційна інформація

Офіційне ім'я та прізвище дитини \_\_\_\_\_ Дата народження \_\_\_\_\_

Ім'я та прізвище одного з батьків / опікуна 1 \_\_\_\_\_ Дата народження \_\_\_\_\_

Ім'я та прізвище одного з батьків / опікуна 2 \_\_\_\_\_ Дата народження \_\_\_\_\_

### Розділ В. Інформація про страхування

Вид страхування	Назва страхового плану	Номер поліса
Покриття за програмою Medicaid / Apple Health for Kids у межах Програми медичного страхування для дітей (Children's Health Insurance Program, CHIP)		
TRICARE / приватний страховий план		

### Розділ С. Згода на виставлення рахунків програми Medicaid або Apple Health for Kids у межах програми CHIP (позначте всі відповідні варіанти)

**Я надаю дозвіл** своїм постачальникам послуг Програми ранньої підтримки немовлят і дітей молодшого віку (Early Supports for Infants and Toddlers, ESIT) подавати в програму Medicaid або Apple Health for Kids у межах програми CHIP страхові вимоги для оплати первинних і подальших обстежень та/або оцінювань, а також усіх послуг програми ESIT, за які може виставлятися рахунок, які включено до індивідуального плану обслуговування сім'ї (Individualized Family Service Plan, IFSP) моєї дитини та до яких застосовуються положення програми участі сім'ї в оплаті витрат (Family Cost Participation, FCP). Ці послуги надаватимуться моїй сім'ї безоплатно.

**Я відмовляюся** надавати доступ до страхування за програмою Medicaid або Apple Health for Kids CHIP. Я розумію, що через таку відмову мене можуть зобов'язати щомісяця сплачувати внесок за участь.

**Я маю страхове покриття і за програмою Medicaid, і за програмою TRICARE або в межах приватного страхового плану й надаю дозвіл** своїм постачальникам послуг програми ESIT подавати в державні програми та приватні страхові плани страхові вимоги для оплати первинних і подальших обстежень та/або оцінювань, а також усіх послуг програми ESIT, за які може виставлятися рахунок, які включено до IFSP моєї дитини та до яких застосовуються положення програми FCP. Ці послуги надаватимуться моїй сім'ї безоплатно.

### Цим я підтверджую, що:

- інформація, зазначена мною в цій формі, є достовірною та повною;
- я погоджуюся повідомляти свого постачальника послуг програми ESIT про будь-які зміни, що стосуються мого страхового покриття за державними програмами;
- мене не зобов'язували реєструватися в програмах Medicaid / Apple Health for Kids / CHIP;
- я несу відповідальність за сплату всіх страхових внесків, пов'язаних із моїм покриттям за програмою Apple Health for Kids / CHIP;
- я розумію, що, надаючи дозвіл на використання мого страхового покриття за державними програмами, я погоджуюся на передання програмі Medicaid персональних даних, за якими мене можна ідентифікувати;
- я розумію, що можу відмовитися від надання доступу до мого страхового покриття за державними програмами, а також від передання програмі Medicaid персональних даних, за якими мене можна ідентифікувати;
- я розумію, що, якщо я одночасно маю і страхове покриття за державними програмами, і приватне страхування, відповідна програма державної допомоги має право стягнути понесені витрати з моєї страхової компанії. Я також розумію, що маю заповнити інші відповідні розділи цієї форми.

### Підписи батьків/опікунів

Підпис одного з батьків / опікуна \_\_\_\_\_ Дата народження \_\_\_\_\_

Підпис одного з батьків / опікуна \_\_\_\_\_ Дата народження \_\_\_\_\_