Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

የESIT የሒሳብ እና ክፍያዎች ሥርዓት (SOPAF) ፍቃድ
TRICARE፣ የግል መድን ወይም መድን የሌላቸው ቤተሰቦች

ESIT System of Payments and Fees (SOPAF) Consent
Families With Tricare, Private Insurance, or No Insurance

ቀን ________________ ESIT አቅራቢ ኤጀንሲ ____

FRC/ESIT የሠራተኞች ስም ________________________________ ስልክ ቁጥር________________

ክፍል ሀ፡- የሚለይ መረጃ

የህጻኑ ሕጋዊ ስም ____ የትውልድ ቀን________________

የወላጅ/አሳዳጊ ስም 1 ____________________________________ ስልክ________________

የወላጅ/አሳዳጊ ስም 2 ____________________________________ ስልክ________________

ክፍል ለ፡- የመድን መረጃ

የመድን ዓይነት	የመድን ስም	የፖሊሲ ቁጥር

ክፍል ሐ፡- ለመድን ክፍያ ፍቃድ (የሚመለከታቸው ሁሉ ላይ ምልክት ያድርጉ ወይም ምንም መድን ከሌለዎት ወደ ክፍል መ ይዝለሉ)

☐ ልጄ ለESIT አገልግሎቶች ብቁ መሆናቸውም ለማወቅ የእኔ የESIT አገልግሎት አቅራቢ(ዎች) የይገባኛል ጥያቄዎችን ለ TRICARE እና/ወይም የግል መድን የመጀመሪያ እና ቀጣይ ግምገማዎች እና ምርመራዎች እንዲያቀርብ **ፍቃድ እሰጣለሁ** እና ለማንኛውም ለቅጂ ክፍያ፣ ለመድን ክፍያ ወይም ተቀናሽ ክፍያዎች ተጠያቂ እንደማልሆን ተረድቻለሁ።

☐ ለቤተሰብ ወጪ ተሳትፎ (FCP) ተገዢ በሆነው የልጄ የግለሰብ የቤተሰብ አገልግሎት ዕቅድ (IFSP) ላይ ለሚሰጠው አገልግሎት የESIT አገልግሎት አቅራቢዎቼን ለ TRICARE እና/ወይም የግል መድን የይገባኛል ጥያቄዎችን እንዲያቀርብ **ፍቃድ እሰጣለሁ** እና መክፈል እንደማልችል ወይም በችግር ምክንያት ከክፈፍያ ነጻ እንደሆንኩ እስካልተወሰንኩ ድረስ ለማንኛውም የቅጂ ክፍያዎች፣ ተያያዥ መድኖች ወይም ተቀናሾች ክፍያዎች ተጠያቂ እንደምሆን ተረድቻለሁ።

ወይም

☐ ልጄ ለESIT አገልግሎቶች ብቁ መሆናቸውን ለማወቅ የእኔ የTRICARE እና/ወይም የግል መድን የመጀመሪያ እና ቀጣይ ግምገማዎች እና ምርመራዎች ጥቅም ላይ እንዲውሉ **ፍቃድ አልሰጥም** እና ለቅጂ ክፍያ፣ ለተያያዥ መድን ክፍያ ወይም ተቀናሽ ክፍያዎች ተጠያቂ እንደማልሆን ተረድቻለሁ።

☐ የእኔን TRICARE እና/ወይም የግል መድን በFCP መሠረት በልጄ IFSP አገልግሎት ውስጥ ጥቅም ላይ እንዲውል **ፍቃድ አልሰጥም** እና መክፈል እንደማልችል ወይም በችግር ምክንያት ከክፈፍያ ነጻ እንደሆንኩ እስካልተወሰንኩ ድረስ ለወርሃዊ የተሳትፎ ክፍያ ተጠያቂ እንደምሆን ተረድቻለሁ።

እና

☐ የእኔን TRICARE እና/ወይም የግል መድን ለግምገማዎች እና ምርመራዎች እንዲሁም በልጄ IFSP ላይ ለFCP ተገዢ አገልግሎቶችን በመጠቀሜ ምክንያት ቤተሰቤ ሊያጋጥሙኝ የሚችሉትን አጠቃላይ የወጪ ምድቦች እንድገነዘብ ተደርጌያለሁ፡-

☐ የጋራ ክፍያዎች፣ የጋራ ኢንሹራንስ፣ ፕሪሚየሞች ወይም ተቀናሾች፣

☐ በዓመታዊ ወይም ለሕይወት ዘመን የሚቆይ መድን ሽፋን ገደቦች ምክንያት ጥቅማጥቅሞችን ማጣት፣

የሚከተሉት አጋጣሚዎች ቢከሰቱ፦

☐ መድንን መጠቀም የሽፋን ተገኝነት ላይ አሉታዊ ተጽዕኖ ሊያሳድር ቢችል፣

☐ ሽፋን ሲቋረጥ ይችላል፣ እና/ወይም

☐ ፕሪሚየምች ላይ ተጽዕኖ ቢፈጠር።

የእኔ TRICARE እና/ወይም የግል መድን የልጄ IFSP ለFCP ተገዢ ለሆኑ አገልግሎቶች ክፍያ በሚውልበት ጊዜ የአገልግሎቶች ድግግሞሽ/ርዝመት/ቆይታ/ጥንካሬ በመጨመሩ አጠቃላይ የወጪ ምድቦች ሊጨምሩ እንደሚችሉ ተረድቻለሁ።

ሊኖሩ ስለሚችሉ ወጪዎች ዝርዝር ግምት ከፈለግኩ፣ ያንን መረጃ ለማግኘት እንዲረዳኝ የቤተሰብ ግብዓቶች አስተባባሪ (FRC) እንድጠይቅ ወይም የመድን አቅራቢዬን በቀጥታ ማግኘት እንደምችል ተረድቻለሁ።

ክፍል መ፡- መድን የሌላቸው (የሚመለከታቸው ሁሉ ላይ ምልክት ያድርጉ ወይም ክፍል ሐ ካጠናቀቁ ወደ ክፍል ሠ ይዝለሉ)

☐ ቤተሰቤ መድን የላቸውም እና **የሚከተሉትን እረዳለው፦**

☐ የመጀመሪያ እና ቀጣይነት ያላቸው ግምገማዎች እና ምርመራዎች ለቤተሰቤ ያለምንም ወጪ ይሰጣሉ።

☐ መክፈል እንደማልችል ወይም በችግር ምክንያት ከክፍያ ነጻ እንደሆንኩ እስካልተወሰንኩ ድረስ በልጄ IFSP ላይ ለሚከፈለው

☐ የአገልግሎት ወርሃዊ የተሳትፎ ክፍያ ተጠያቂ ልሆን እችላለሁ።

ክፍል ሠ፡- የመክፈል አቅም

የመክፈል አቅም ውሳኔ የማግኘት መብት እንዳለኝ **ተረድቻለው** እና ከተከለከልኩ ለእኔ የጋራ ክፍያዎች፣ ለጋራ መድንዎች እና ለግል ገቢዎች ተጠያቂ እሆናለሁ። መጀመሪያ ላይ ውድቅ ከተደረገ በማንኛውም ጊዜ የመክፈል አቅም ውሳኔ ለማግኘት መጠየቅ እንደምችል ተረድቻለሁ

☐ የመክፈል አቅም ውሳኔን ለማግኘት እፈልጋለው።

☐ የመክፈል አቅም ውሳኔን ለማግኘት አልፈልግም።

የሚከተሉትን አረጋግጣለሁ፦

- በዚህ ቅጽ ላይ ትክክለኛ እና የተሟላ መረጃ ሰጥቻለሁ።
- በመድን ሽፋኔ ላይ የተደረጉ ማናቸውንም ለውጦች ለESIT አቅራቢዬ ለማሳወቅ ተስማምቻለሁ።
- ከእኔ የTRICARE ወይም የግል መድን ጋር ለተያያዙ ማንኛቸውም ፕሪሚየሞች ኃላፊነቱን እወስዳለው።
- የእኔ FRC SOPAFን ገልጾልኛል እና የSOPAF ፖሊሲን ቅጂ ሰጥቶኛል።
- ሁለቱም የሕዝብ ጥቅማጥቅሞች እና የግል መድን ካሉኝ። የእኔ የሕዝብ ጥቅማጥቅሞች ከመድን አገልግሎት አቅራቢዎቼ ወጪዎችን የማካካስ መብት እንዳላቸው ተረድቻለሁ።

የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ(ዎች)

የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ ______________________________ ቀን ____________

የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ ______________________________ ቀን ____________