Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

婴幼儿早期支持付款和收费系统 (SOPAF) 同意书
适用于拥有 Tricare 军人医保、私人保险或无保险的家庭
ESIT System of Payments and Fees (SOPAF) Consent
Families With Tricare, Private Insurance, or No Insurance

日期 _____ 婴幼儿早期支持服务机构 _____

家庭资源协调员/婴幼儿早期支持员工姓名 _____ 电话号码_____

A 部分：身份信息

儿童法定姓名 _____ 出生日期_____

家长/监护人姓名 1 _____ 电话_____

家长/监护人姓名 2 _____ 电话_____

B 部分：保险信息

保险类型	保险名称	保单号码

C 部分：同意向保险收取费用（请勾选所有适用项，若无保险，请跳至 D 部分）

☐ **本人允许**本人的婴幼儿早期支持服务提供者向本人的 TRICARE 军人医保和/或私人保险申请理赔，用于初始及持续评估和评价，以判定本人的子女是否符合婴幼儿早期支持服务资格，本人理解本人无需承担任何共付额、共保额或免赔额。

☐ **本人允许**本人的婴幼儿早期支持服务提供者向本人的 TRICARE 军人医保和/或私人保险申请理赔，用于获取本人子女在个人化家庭服务计划 (IFSP) 项下需要家庭费用参与 (FCP) 的服务，并且本人理解除非被判定为无支付能力或获得困难豁免，否则本人需承担任何共付额、共保额或免赔额。

或者

☐ **本人拒绝**使用本人的 TRICARE 军人医保和/或私人保险进行初始及持续评估和评价，用于判定本人的子女是否符合婴幼儿早期支持服务资格，并且本人理解本人无需承担共付额、共保额或免赔额。

☐ **本人拒绝**使用本人的 TRICARE 军人医保和/或私人保险获取本人子女在个人化家庭服务计划项下需要家庭费用参与的服务，并且本人理解除非被判定为无支付能力或获得困难豁免，否则本人需承担月度参与费。

并且

☐ 本人已被告知，使用 TRICARE 军人医保和/或私人保险进行评估和评价、获取本人子女在个人化家庭服务计划项下需要家庭费用参与的服务而可能对我的家庭产生的主要费用类别，例如：

- ☐ 共付额、共保额、保费或免赔额，
- ☐ 由于年度或终身保险限额导致的福利损失，

不太可能的潜在风险：

- ☐ 保险使用可能对保障可用性产生负面影响，
- ☐ 保障可能被终止，和/或
- ☐ 保费可能受到影响。

本人已被告知，当使用 TRICARE 军人医保和/或私人保险支付本人子女在个人化家庭服务计划项下需要家庭费用参与的服务时，如果服务频率/时长/持续时间/强度增加，可能会导致上述主要类别的费用增加。

本人已被告知，如需详细的潜在费用估算，可请求家庭资源协调员 (FRC) 协助获取，或直接联系本人的保险提供者。

D 部分：无保险（请勾选所有适用项，若已填写 C 部分，请跳至 E 部分）

☐ 本人的家庭无保险，**本人理解：**

- ☐ 初始及持续评估和评价服务对本人的家庭免费提供。
- ☐ 除非被判定为无支付能力或获得困难豁免，否则本人可能需承担本人子女在个人化家庭服务计划项下需要家庭费用参与的服务的月度参与费。

E 部分：支付能力

本人理解，本人有权申请进行支付能力判定，若拒绝申请，本人将承担共付额、共保额和免赔额。本人理解，若初次拒绝申请，本人可随时申请支付能力判定

☐ 本人申请进行支付能力判定。

☐ 本人拒绝进行支付能力判定。

本人特此确认：

- 本人在表格中提供的信息准确完整。
- 本人同意，如果本人的保险承保范围发生任何变更，将会通知本人的婴幼儿早期支持提供者。
- 本人负责支付与 TRICARE 军人医保或私人保险相关的所有保费。
- 本人的家庭资源协调员已向本人解释 SOPAF，并提供了 SOPAF 政策副本。
- 若本人同时拥有公共福利和私人保险。本人理解，公共福利机构有权向本人的保险公司追偿费用。

家长/监护人签名

家长/监护人签名 _____ 日期 _____

家长/监护人签名 _____ 日期 _____