

**رضایت سیستم پرداخت ها و فیس های (SOPAF) ESIT  
خانواده های دارای Tricare، بیمه خصوصی، یا بدون بیمه**

تاریخ \_\_\_\_\_ اداره فراهم کننده ESIT \_\_\_\_\_

نام کارمندان FRC/ESIT \_\_\_\_\_ شماره تلفون \_\_\_\_\_

بخش A: معلومات شناسایی

نام قانونی طفل \_\_\_\_\_ تاریخ تولد \_\_\_\_\_

نام والدین/سرپرست 1 \_\_\_\_\_ تلفون \_\_\_\_\_

نام والدین/سرپرست 2 \_\_\_\_\_ تلفون \_\_\_\_\_

بخش B: معلومات بیمه

شماره پالیسی	نام بیمه	نوع بیمه

بخش C: رضایت به بیمه صورت حساب (اگر بیمه ندارید تمام موارد قابل اجرا را علامت‌گذاری کنید یا به بخش D بروید)

من اجازه می‌دهم به ارائه کننده(گان) خدمات ESIT خود تا ادعاها را به TRICARE و/یا بیمه خصوصی خود برای ارزیابی ها و ارزیابی های اولیه و مداوم برای تعیین واجد شرایط بودن طفل من برای خدمات ESIT ارائه کند و من درک می‌کنم که من مسئولیت هیچ پرداخت مشترک، بیمه مشترک یا کسر را بر عهده نخواهم داشت.

من اجازه می‌دهم به ارائه کننده خدمات ESIT خود تا ادعاها را به TRICARE و/یا بیمه شخصی من برای خدمات در پلان خدمات خانواده فردی طفل من (IFSP) مشروطه به اشتراک مصرف خانواده (FCP) ارائه کند و من درک می‌کنم که من مسؤل هرگونه پرداخت های مشترک، بیمی مشترک، یا کسر ها خواهم بود مگر اینکه من در تعیین ناتوانی بیمه شده باشم پرداخت یا برای معافیت سختی تایید شده باشم.

یا

من استفاده TRICARE و/یا بیمه شخصی خود را برای ارزیابی ها و ارزیابی های اولیه و مداوم برای تعیین واجد شرایط بودن طفل خود برای خدمات ESIT رد می‌کنم و می‌دانم که من مسؤل پرداخت های مشترک، بیمه مشترک یا کسر ها نخواهم بود.

من استفاده از TRICARE و/یا بیمه شخصی خود را برای خدمات در IFSP طفل خود که تحت FCP است رد می‌کنم و من درک می‌کنم که من مسؤل فیس اشتراک ماهانه خواهم بود مگر اینکه من مصمم شده باشم که به پرداخت یا تائیدی معافیت سختی قادر نباشم.

و

من از دسته های عمومی مصارف که خانواده من ممکن در نتیجه استفاده از TRICARE و/یا بیمه شخصی من برای ارزیابی ها و سنجش ها، و خدمات در مورد IFSP طفل من که در معرض FCP قرار دارد، متحمل شوند، آگاه شده ام، مانند:

پرداخت های مشترک، بیمه مشترک، حق بیمه، یا کسر ها،

از دست دادن فواید به علت محدودیت های بیمه سالانه یا مادام العمر،

استفاده از بیمه ممکن است بر موجودیت پوشش تأثیر منفی بگذارد،

پوشش ممکن متوقف گردد، و/یا

حق بیمه ها ممکن متاثر گردد.

من آگاه شده ام که کتگوری های عمومی مصرف ممکن در نتیجه افزایش در فریکونسی/طول/مدت/شدت خدمات افزایش یابد، زمانیکه TRICARE و/یا بیمه شخصی من برای پرداخت خدمات در IFSP طفل من تحت FCP استفاده می شود.

به من آگاهی داده شده است که اگر من یک تخمین مفصل مصارف احتمالی را بخواهم، من می توانم از هماهنگ کننده منابع خانواده (FRC) خود بخواهم تا در بدست آوردن آن معلومات به من کمک کند یا من می توانم مستقیماً با فراهم کننده بیمه خود تماس بگیرم.

**بخش D:** بدون بیمه (تمام موارد قابل اجرا را چک کنید یا به بخش E بروید. اگر بخش C تکمیل شده باشد)

خانواده من هیچ بیمه ندارد و من می دانم:

ارزیابی ها و سنجش های اولیه و مداوم بدون مصرف به خانواده من ارائه خواهد شد.

من ممکن مسؤل فیس اشتراک ماهانه برای خدمات در IFSP طفل من با در نظر داشت FCP باشم مگر اینکه من مصمم شده باشم که به پرداخت یا تائیدی معافیت سختی قادر نیستم.

**بخش E:** توانایی پرداخت

من درک می کنم که من حق دارم که توانایی پرداخت تصمیم را داشته باشم و اگر رد گردد، من مسؤل پرداخت های مشترک، بیمه مشترک، و قابل کسر خود خواهم بود. من می فهمم که اگر در ابتدا رد شود، من می توانم در هر زمان درخواست تعیین توانایی پرداخت بدهم.

من درخواست تعیین توانایی پرداخت را دارم.

من تعیین توانایی پرداخت را رد می کنم.

**من بدینوسیله تصدیق می کنم که:**

- من معلومات را در این فورم ارائه کردم که دقیق و تکمیل است.
- من موافقه می کنم که فراهم کننده ESIT خود را در مورد هر تغییر در پوشش بیمه خود مطلع سازم.
- من مسؤل هرگونه حق بیمه مربوط به TRICARE یا بیمه خصوصی خود هستم.
- FRC من SOPAF را به من توضیح داده و یک کاپی پالیسی SOPAF را به من داده است.
- اگر من هم فواید عامه و هم بیمه شخصی داشته باشم، من درک می کنم که فواید عامه ای من حق دارد تا مصارف را از حامل بیمه من جبران کند.

امضا(های) والدین/سرپرست

امضای والدین/سرپرست

تاریخ

امضای والدین/سرپرست

تاریخ