Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

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

تاریخ _____اداره فراهم کننده ESIT _____

نام کارمندان FRC/ESIT _____ شماری تیلفون_____

بخش A: معلومات شناسایی

نام قانونی طفل _____ تاریخ تولد_____

نام والدین/سرپرست 1 _____ تیلفون_____

نام والدین/سرپرست 2 _____ تیلفون_____

بخش B: معلومات بیمه

نوع بیمه	نام بیمه	شماری پالیسی

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 می کنم 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 می کنم** و می دانم که من مسئول 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،

پوتانسیل بعید که:

- ☐ 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 می‌شود.

☐ به من آگاهی داده شده است که اگر من یک تخمین مفصل مصارف احتمالی را بخواهم، من می‌توانم از هماهنگ کننده منابع خانواده (FRC) خود بخواهم تا در بدست آوردن آن معلومات به من کمک کند یا من می‌توانم 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 می‌دانم:**

- ☐ ارزیابی ها و سنجش‌های 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 می‌کنم 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 می‌فهمم که اگر در ابتدا رد شود، من می‌توانم در هر زمان درخواست تعیین توانایی پرداخت بدهم.

- ☐ من درخواست تعیین توانایی پرداخت را دارم.
- ☐ من تعیین توانایی پرداخت را رد می‌کنم.

من بدینوسیله تصدیق می‌کنم که:

- من معلومات را در این فورم ارائه کردم که دقیق و تکمیل است.
- من موافقه می‌کنم 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 می‌کنم که فواید عامه‌ای من حق دارد تا مصارف را از حامل بیمه من جبران کند.

امضا(های) والدین/سرپرست

امضای والدین/سرپرست _____ تاریخ _____

امضای والدین/سرپرست _____ تاریخ _____