Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

Consentement relatif au système de paiements et de frais (SOPAF) du programme ESIT Familles bénéficiant de TRICARE, d'une assurance privée ou sans assurance

Date _____ Agence prestataire ESIT _____

Nom du FRC/membre du personnel ESIT _____ Numéro de téléphone_____

Section A : Informations d'identification

Nom légal de l'enfant _____ Date de naissance_____

Nom du parent/tuteur 1 _____ Téléphone_____

Nom du parent/tuteur 2 _____ Téléphone_____

Section B : Informations sur l'assurance

Type d'assurance	Nom de l'assurance	Numéro de police

Section C : Consentement à facturer l'assurance (cochez toutes les cases qui s'appliquent ou passez à la section D si vous n'avez pas d'assurance)

☐ **J'autorise** mon ou mes prestataires de services de soutien précoce aux nourrissons et aux tout-petits (Early Support for Infants and Toddlers, ESIT) à soumettre des demandes de remboursement à TRICARE et/ou à mon assurance privée pour les évaluations et bilans initiaux et continus visant à déterminer l'admissibilité de mon enfant aux services ESIT, et je comprends que je ne serai responsable d'aucun copaiement, d'aucune coassurance ni d'aucune franchise.

☐ **J'autorise** mon ou mes prestataires de services ESIT à soumettre des demandes de remboursement à TRICARE et/ou à mon assurance privée pour les services figurant dans le plan individualisé de services à la famille (Individualized Family Service Plan, IFSP) de mon enfant et soumis à la participation financière de la famille (Family Cost Participation, FCP), et je comprends que je serai responsable de tout copaiement, coassurance ou franchise, sauf s'il a été déterminé que je suis dans l'incapacité de payer ou si une exemption pour difficultés financières a été approuvée.

OU

☐ **Je refuse** l'utilisation de mon assurance TRICARE et/ou de mon assurance privée pour les évaluations et bilans initiaux et continus visant à déterminer l'admissibilité de mon enfant aux services ESIT, et je comprends que je ne serai responsable d'aucun copaiement, d'aucune coassurance ni d'aucune franchise.

☐ **Je refuse** l'utilisation de mon assurance TRICARE et/ou de mon assurance privée pour les services figurant dans l'IFSP de mon enfant et soumis à la FCP, et je comprends que je serai responsable de frais mensuels de participation, sauf s'il a été déterminé que je suis dans l'incapacité de payer ou si une exemption pour difficultés financières a été approuvée.

ET

☐ J'ai été informé(e) des catégories générales de coûts que ma famille pourrait avoir à payer en raison de l'utilisation de mon assurance TRICARE et/ou de mon assurance privée pour les évaluations, les bilans et les services figurant dans l'IFSP de mon enfant et soumis à la FCP, notamment :

- ☐ Copaiements, coassurance, primes ou franchises,
- ☐ Perte de prestations en raison de plafonds annuels ou à vie de la couverture d'assurance,

Possibilité peu probable que :

- ☐ L'utilisation de l'assurance ait une incidence négative sur la disponibilité de la couverture,
- ☐ La couverture soit interrompue et/ou
- ☐ Les primes soient modifiées.

☐ J'ai été informé(e) que les catégories générales de coûts peuvent augmenter en cas d'augmentation de la fréquence, de la durée ou de l'intensité des services, lorsque mon assurance TRICARE et/ou mon assurance privée est utilisée pour payer les services figurant dans l'IFSP de mon enfant et soumis à la FCP.

☐ J'ai été informé(e) que, si je souhaite obtenir une estimation détaillée des coûts potentiels, je peux demander à mon coordonnateur des ressources familiales (Family Resources Coordinator, FRC) de m'aider à obtenir ces informations ou contacter directement mon assureur.

Section D : Sans assurance (cochez toutes les cases applicables ou passez à la section E si la section C a été remplie)

☐ Ma famille ne dispose d'aucune assurance et **je comprends** que :

- ☐ Les évaluations et bilans initiaux et continus seront fournis gratuitement à ma famille.
- ☐ Je pourrais être responsable de frais mensuels de participation pour les services figurant dans l'IFSP de mon enfant et soumis à la FCP, sauf s'il a été déterminé que je suis dans l'incapacité de payer ou si une exemption pour difficultés financières a été approuvée.

Section E : Capacité à payer

Je comprends que j'ai le droit de demander une évaluation de ma capacité à payer et que, si je refuse cette évaluation, je serai responsable de mes copaiements, de ma coassurance et de mes franchises. Je comprends que, si je la refuse initialement, je peux demander une évaluation de ma capacité à payer à tout moment.

☐ Je demande une évaluation de ma capacité à payer.

☐ Je refuse l'évaluation de ma capacité à payer.

J'atteste par la présente que :

- Les informations que j'ai fournies dans ce formulaire sont exactes et complètes.
- J'accepte d'informer mon prestataire ESIT de tout changement concernant ma couverture d'assurance.
- Je suis responsable de toute prime liée à mon assurance TRICARE ou à mon assurance privée.
- Mon FRC m'a expliqué le système de paiements et de frais (System of Payments and Fees, SOPAF) et m'a remis une copie de la politique SOPAF.
- Si je bénéficie à la fois de prestations publiques et d'une assurance privée. Je comprends que l'organisme chargé de mes prestations publiques a le droit de recouvrer les coûts auprès de mon assureur.

Signature(s) du/des parent(s)/tuteur(s)

Signature du parent/tuteur _____ Date _____

Signature du parent/tuteur _____ Date _____