Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

Система платежей и сборов ESIT (SOPAF). Согласие Семьи с Tricare, частной страховкой или без страховки
ESIT System of Payments and Fees (SOPAF) Consent Families With Tricare, Private Insurance, or No Insurance

Дата_____ Агентство, предоставившее ESIT_____

Имя сотрудника FRC/ESIT _____ Номер телефона_____

Раздел A: Идентификационная информация

Юридическое имя ребенка _____ Дата рождения_____

Имя родителя/опекуна 1 _____ Телефон_____

Имя родителя/опекуна 2 _____ Телефон_____

Раздел B: Информация о страховке

Тип страховки	Название страховки	Номер полиса

Раздел C: Согласие на оплату страховкой (отметьте все, что применимо, или перейдите к разделу D, если у вас нет страховки)

☐ **Я даю разрешение** моему поставщику услуг ESIT на подачу заявлений в TRICARE и/или частную страховую компанию для проведения первоначальной и текущей оценки и определения права моего ребенка на услуги ESIT, и я понимаю, что не буду нести ответственность за любые соплатежи, сострахование или франшизы.

☐ **Я даю разрешение** моему поставщику услуг ESIT на подачу заявлений в TRICARE и/или частную страховую компанию на оплату услуг, предусмотренных индивидуальным семейным планом обслуживания (IFSP) моего ребенка, с учетом доли участия семьи в расходах (FCP), и понимаю, что я буду нести ответственность за любые доплаты, сострахование или франшизы, за исключением случаев, когда будет установлена моя неплатежеспособность или мне будет предоставлено освобождение от оплаты по причине тяжелого материального положения.

ИЛИ

☐ **Я отказываюсь** от использования моей страховки TRICARE и/или частной страховки для первоначальной и последующей оценки и определения права моего ребенка на услуги ESIT, и я понимаю, что не буду нести ответственность за соплатежи, сострахование или франшизы.

☐ **Я отказываюсь** от использования моей страховки TRICARE и/или частной страховки для оплаты услуг, предусмотренных индивидуальным планом обслуживания ребенка (IFSP) в рамках программы FCP, и понимаю, что буду нести ответственность за уплату ежемесячного взноса за участие, если только не будет установлено, что я не в состоянии ее оплатить, или мне не будет предоставлено освобождение от оплаты по причине тяжелого материального положения.

И

☐ Мне известно об общих категориях расходов, которые может понести моя семья в результате использования моего страхового полиса TRICARE и/или частной страховки для проведения оценок и обследований, а также для получения услуг в рамках индивидуального плана обслуживания ребенка (IFSP), подпадающего под действие FCP, таких как:

☐ соплатежи, сострахование, страховые взносы или франшизы;

☐ потеря пособий в связи с годовыми или пожизненными ограничениями страхового покрытия;

маловероятная возможность того, что:

☐ использование страхового покрытия может негативно повлиять на доступность страхового покрытия;

☐ страховое покрытие может быть прекращено; и/или

☐ страховые взносы могут измениться.

Мне известно, что общие категории расходов могут увеличиться в результате увеличения частоты/продолжительности/интенсивности услуг, когда моя страховка TRICARE и/или частная страховка используется для оплаты услуг по индивидуальному плану обслуживания ребенка (IFSP), подпадающего под программу FCP.

Мне известно, что если я хочу получить подробную смету потенциальных расходов, я могу обратиться к координатору по семейным ресурсам (FRC) за помощью в получении этой информации или напрямую к своему страховщику.

Раздел D: Нет страховки (отметьте все подходящие варианты или перейдите к разделу E, если раздел C был заполнен)

☐ Моя семья не имеет страховки, и **я понимаю**:

☐ Первоначальная и последующая оценка и анализ будут предоставлены моей семье бесплатно.

☐ Я могу быть обязан(а) уплачивать ежемесячный взнос за участие за услуги, предусмотренные индивидуальным планом обслуживания моего ребенка (IFSP), в соответствии с FCP, за исключением случаев, когда будет установлено, что я не в состоянии оплатить эти услуги, или мне будет предоставлено освобождение от оплаты по причине тяжелого материального положения.

Раздел E: Возможность оплатить

Я понимаю, что у меня есть право на определение платежеспособности, и в случае отказа я буду нести ответственность за соплатежи, сострахование и франшизы. Я понимаю, что в случае первоначального отказа я могу в любое время запросить определение платежеспособности.

☐ Я запрашиваю определение платежеспособности.

☐ Я отказываюсь от определения платежеспособности.

Настоящим я подтверждаю, что:

- В данной форме мною предоставлена точная и полная информация.
- Я обязуюсь уведомлять своего поставщика услуг ESIT о любых изменениях в моем страховом покрытии.
- Я несу ответственность за любые страховые взносы, связанные с моим страхованием TRICARE или частным страхованием.
- Мой FRC объяснил мне SOPAF и предоставил мне копию политики SOPAF.
- Если я имею как государственные пособия, так и частное страхование. Я понимаю, что мои государственные пособия имеют право возместить расходы от моей страховой компании.

Подпись родителя/опекуна

Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____

Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____