Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

Pahintulot sa ESIT System of Payments and Fees (SOPAF)
Mga Pamilyang may TRICARE, Pribadong Insurance, o Walang Insurance

Petsa _____ Ahensya ng Tagapagbigay ng ESIT _____

Pangalan ng Kawani ng FRC/ESIT _____ Numero ng Telepono_____

Seksyon A: Impormasyong Pagkakakilanlan

Legal na Pangalan ng Bata _____ Petsa ng Kapanganakan_____

Pangalan ng Magulang/Tagapag-alaga 1 _____ Telepono_____

Pangalan ng Magulang/Tagapag-alaga 2 _____ Telepono_____

Seksyon B: Impormasyon ng Insurance

Uri ng Insurance	Pangalan ng Insurance	Numero ng Polisiya

Seksyon C: Pahintulot na Singilin ang Insurance (Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop o lumaktaw sa Seksyon D kung wala kayong insurance)

☐ **Pinapahintulutan ko** ang aking (mga) Tagapagbigay ng Serbisyo ng Early Support for Infants and Toddlers (ESIT) na magsumite ng mga claim sa aking TRICARE at/o pribadong insurance para sa pauna at patuloy na mga ebalwasyon at pagtatasa upang matukoy ang pagiging karapat-dapat ng aking anak para sa mga Serbisyo ng ESIT, at nauunawaan ko na hindi ako mananagot sa anumang mga copay, coinsurance, o mga deductible.

☐ **Pinapahintulutan ko** ang aking (mga) Tagapagbigay ng Serbisyo ng ESIT na magsumite ng mga claim sa aking TRICARE at/o pribadong insurance para sa mga serbisyo sa Individualized Family Service Plan (IFSP) ng aking anak na saklaw ng Family Cost Participation (FCP), at nauunawaan ko na ako ang mananagot sa anumang mga copay, coinsurance, o mga deductible maliban kung matukoy na wala akong kakayahang magbayad o kung ako ay naaprubahan para sa isang eksempsyon dahil sa kahirapan.

O

☐ **Tinatanggihan ko** ang paggamit ng aking TRICARE at/o pribadong insurance para sa pauna at patuloy na mga ebalwasyon at pagtatasa upang matukoy ang pagiging karapat-dapat ng aking anak para sa mga Serbisyo ng ESIT, at nauunawaan ko na hindi ako mananagot sa anumang mga copay, coinsurance, o mga deductible.

☐ **Tinatanggihan ko** ang paggamit ng aking TRICARE at/o pribadong insurance para sa mga serbisyo sa IFSP ng aking anak na saklaw ng FCP, at nauunawaan ko na ako ang mananagot sa buwanang bayad sa paglahok maliban kung matukoy na wala akong kakayahang magbayad o kung ako ay naaprubahan para sa isang eksempsyon dahil sa kahirapan.

AT

☐ Naipaliwanag sa akin ang mga pangkalahatang kategorya ng gastos na maaaring maipataw sa aking pamilya dahil sa paggamit ng aking TRICARE at/o pribadong insurance para sa mga ebalwasyon at pagtatasa, at para sa mga serbisyo sa IFSP ng aking anak na saklaw ng FCP, tulad ng:

☐ Mga copayment, coinsurance, mga premium, o mga deductible,

☐ Pagkawala ng mga benepisyo dahil sa taunang o panghabambuhay na limitasyon ng insurance,

Ang maliit na posibilidad na:

☐ Maaaring magkaroon ng negatibong epekto sa pagkakaroon ng coverage ang paggamit ng insurance,

☐ Maaaring ihinto ang coverage, at/o

☐ Maaaring maapektuhan ang mga premium.

☐ Naipaliwanag sa akin na maaaring tumaas ang mga pangkalahatang kategorya ng gastos bilang resulta ng pagtaas sa dalas/haba/tagal/tindi ng isang serbisyo, kapag ginagamit ang aking TRICARE at/o pribadong insurance upang bayaran ang mga serbisyo sa IFSP ng aking anak na saklaw ng FCP.

☐ Naipaliwanag sa akin na kung nais ko ng detalyadong pagtataya ng mga posibleng gastos, maaari akong humingi ng tulong sa aking Family Resources Coordinator (FRC) upang makuha ang impormasyong iyon o maaari kong direktang kontakin ang aking tagapagbigay ng insurance.

Seksyon D: Walang Insurance (Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop o lumaktaw sa Seksyon E kung nakumpleto na ang Seksyon C)

☐ Walang insurance ang aking pamilya at **nauunawaan ko na:**

☐ Ang pauna at patuloy na mga ebalwasyon at pagtatasa ay ibibigay nang walang bayad sa aking pamilya.

☐ Maaari akong managot sa buwanang bayad sa paglahok para sa mga serbisyo sa IFSP ng aking anak na saklaw ng FCP maliban kung matukoy na wala akong kakayahang magbayad o kung ako ay naaprubahan para sa isang eksempsyon dahil sa kahirapan.

Seksyon E: Kakayahang Magbayad

Nauunawaan ko na may karapatan akong humiling ng pagtatasa sa kakayahang magbayad, at kung ito ay matatanggihan, ako ang mananagot sa aking mga copay, coinsurance, at mga deductible. Nauunawaan ko na, kung matanggihan sa simula, maaari akong humiling ng pagtatasa sa kakayahang magbayad anumang oras

☐ Humihiling ako ng pagtatasa sa kakayahang magbayad.

☐ Tinatanggihan ko ang pagtatasa sa kakayahang magbayad.

Pinatutunayan ko na:

- Ang impormasyong ibinigay ko sa pormularyong ito ay tama at kumpleto.
- Sumasang-ayon akong ipaalam sa aking Tagapagbigay ng ESIT ang anumang pagbabago sa saklaw ng aking insurance.
- Ako ang responsable sa anumang premium na nauugnay sa aking TRICARE o Pribadong Insurance.
- Ipinaliwanag sa akin ng aking FRC ang System of Payments and Fees (SOPAF) at binigyan ako ng kopya ng patakaran ng SOPAF.
- Kung mayroon akong parehong pampublikong benepisyo at pribadong insurance. Nauunawaan ko na may karapatan ang aking mga pampublikong benepisyo na bawiin ang mga gastos mula sa aking tagapagbigay ng insurance.

(Mga) Lagda ng Magulang / Tagapag-alaga

Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga _____ Petsa _____

Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga _____ Petsa _____