



Згода на використання системи платежів і зборів (SOPAF) програми ESIT для сімей, які мають покриття за програмою Tricare або приватним страховим планом чи не мають страхування

Дата _____ Установа-постачальник послуг програми ESIT _____

Ім'я та прізвище координатора FRC / працівника програми ESIT _____ Номер телефону _____

Розділ А. Ідентифікаційна інформація

Офіційне ім'я та прізвище дитини _____ Дата народження _____

Ім'я та прізвище одного з батьків / опікуна 1 _____ Телефон _____

Ім'я та прізвище одного з батьків / опікуна 2 _____ Телефон _____

Розділ В. Інформація про страхування

Вид страхування	Назва страхового плану	Номер поліса

Розділ С. Згода на виставлення рахунків страховій програмі (позначте всі відповідні варіанти або перейдіть до розділу D, якщо у вас немає страхування)

Я надаю дозвіл своїм постачальникам послуг Програми ранньої підтримки немовлят і дітей молодшого віку (Early Supports for Infants and Toddlers, ESIT) подавати в програму TRICARE та/або приватний страховий план страхові вимоги для оплати первинних і подальших обстежень та оцінювань, необхідні для визначення права моєї дитини на отримання послуг за програмою ESIT. Я розумію, що не матиму сплачувати жодних доплат, часток вартості або франшиз.

Я надаю дозвіл своїм постачальникам послуг програми ESIT подавати в програму TRICARE та/або приватний страховий план страхові вимоги для оплати послуг, включених до індивідуального плану обслуговування сім'ї (Individualized Family Service Plan, IFSP) моєї дитини, до яких застосовуються положення Програми участі сім'ї в оплаті витрат (Family Cost Participation, FCP). Я розумію, що маю сплачувати всі відповідні доплати, частки вартості або франшизи, якщо не буде встановлено, що я не маю змоги їх сплачувати, або мені не буде надано звільнення від оплати на підставі скрутного матеріального становища.

АБО

Я відмовляюся від використання страхування за програмою TRICARE та/або приватного страхового плану для оплати первинних і подальших обстежень та оцінювань, необхідних для визначення права моєї дитини на отримання послуг за програмою ESIT. Я розумію, що в цьому разі не сплачуватиму доплати, частки вартості або франшизи.

Я відмовляюся від використання страхування за програмою TRICARE та/або приватного страхового плану для оплати послуг, включених до IFSP моєї дитини, до яких застосовуються положення програми FCP. Я розумію, що маю сплачувати місячний внесок за участь, якщо не буде встановлено, що я не маю змоги сплачувати цей внесок, або мені не буде надано звільнення від оплати на підставі скрутного матеріального становища.

А ТАКОЖ

Мене поінформували про основні категорії витрат, які моя сім'я може понести в разі використання програми TRICARE та/або приватного страхування для оплати обстежень, оцінювання та послуг, включених до IFSP моєї дитини, до яких застосовуються положення програми FCP. До таких витрат можуть належати:

- доплати, частки вартості, страхові внески або франшизи;
- втрата страхового покриття через досягнення річних або довічних лімітів такого покриття;
 - малоймовірна можливість, що:
 - використання страхування може негативно вплинути на доступність страхового покриття;
 - надання страхового покриття може бути припинено;
 - можлива зміна розміру страхових внесків.

Мене поінформували, що виплати за основними категоріями витрат можуть зрости, якщо збільшиться частота, тривалість або інтенсивність послуг, а для оплати послуг, включених до IFSP моєї дитини, до яких застосовуються положення програми FCP, використовуватиметься страхування за програмою TRICARE та/або приватне страхування.

Мені також повідомили, що для отримання докладного кошторису можливих витрат я можу звернутися по допомогу до свого координатора ресурсів для сімей (Family Resources Coordinator, FRC) або безпосередньо зв'язатися зі своїм постачальником послуг страхування.

Розділ D. Відсутність страхування (позначте всі відповідні варіанти або перейдіть до розділу E, якщо було заповнено розділ C)

- Моя сім'я не має страхування, і **я розумію, що:**
 - послуги первинного й подальшого обстеження та оцінювання надаватимуться моїй сім'ї безоплатно;
 - я можу бути зобов'язаний/зобов'язана сплачувати місячний внесок за участь для отримання послуг, включених до IFSP моєї дитини, до яких застосовуються положення програми FCP, якщо не буде встановлено, що я не маю змоги сплачувати цей внесок, або мені не буде надано звільнення від оплати на підставі скрутного матеріального становища.

Розділ E. Платоспроможність

Я розумію, що маю право на оцінювання моєї платоспроможності. Якщо я відмовлюся від такого оцінювання, я нестиму відповідальність за сплату відповідних доплат, часток вартості та франшиз. Я також розумію, що початкова відмова не позбавляє мене права будь-коли надалі подати запит на оцінювання платоспроможності.

- Я прошу провести оцінювання моєї платоспроможності.
- Я відмовляюся від оцінювання моєї платоспроможності.

Цим я підтверджую, що:

- інформація, зазначена мною в цій формі, є достовірною та повною;
- я погоджуюся повідомляти свого постачальника послуг програми ESIT про будь-які зміни в моєму страховому покритті;
- я несучу відповідальність за сплату всіх страхових внесків, пов'язаних із моїм страхуванням за програмою TRICARE або приватним страхуванням;
- мій координатор FRC роз'яснив мені порядок роботи системи платежів і зборів (System of Payments and Fees, SOPAF) і надав мені копію політики SOPAF;
- якщо я одночасно маю і страхове покриття за державними програмами, і приватне страхування: я розумію, що відповідна програма державної допомоги має право стягнути понесені витрати з моєї страхової компанії.

Підписи батьків/опікунів

Підпис одного з батьків / опікуна _____ Дата _____

Підпис одного з батьків / опікуна _____ Дата _____