Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

Chấp thuận về Hệ thống Thanh toán và Lệ phí (SOPAF) của ESIT
Các gia đình có Bảo hiểm Tricare, Bảo hiểm Tư nhân hoặc Không có Bảo hiểm
ESIT System of Payments and Fees (SOPAF) Consent
Families With Tricare, Private Insurance, or No Insurance

Ngày_____ Cơ quan Cung cấp Dịch vụ ESIT_____

Tên Nhân viên FRC/ESIT _____ Số Điện thoại_____

Mục A: Thông tin Nhận dạng

Tên hợp pháp của Trẻ _____ Ngày sinh_____

Tên Cha mẹ/Người giám hộ 1 _____ Điện thoại_____

Tên Cha mẹ/Người giám hộ 2 _____ Điện thoại_____

Mục B: Thông tin Bảo hiểm

Loại Bảo hiểm	Tên Bảo hiểm	Số hợp đồng

Mục C: Chấp thuận Thanh toán cho Bảo hiểm (Đánh dấu vào tất cả các ô thích hợp hoặc bỏ qua đến Mục D nếu quý vị không có bảo hiểm)

☐ **Tôi cho phép** (các) Nhà Cung cấp Dịch vụ ESIT của tôi gửi yêu cầu thanh toán đến bảo hiểm TRICARE và/hoặc bảo hiểm tư nhân của tôi cho các lần đánh giá và thẩm định ban đầu và định kỳ để xác định điều kiện của con tôi đối với Dịch vụ ESIT và tôi hiểu rằng tôi sẽ không chịu trách nhiệm cho bất kỳ khoản đồng chi trả, đồng bảo hiểm hoặc khoản khấu trừ nào.

☐ **Tôi cho phép** (các) Nhà Cung cấp Dịch vụ ESIT của tôi gửi yêu cầu thanh toán đến bảo hiểm TRICARE và/hoặc bảo hiểm tư nhân của tôi cho các dịch vụ trong Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân hóa (IFSP) của con tôi tùy thuộc vào Sự tham gia chi trả chi phí của gia đình (FCP) và tôi hiểu rằng tôi sẽ chịu trách nhiệm cho bất kỳ khoản đồng chi trả, đồng bảo hiểm hoặc khoản khấu trừ nào trừ khi tôi được xác định là không có khả năng chi trả hoặc được chấp thuận miễn trừ do hoàn cảnh khó khăn.

HOẶC

☐ **Tôi từ chối** sử dụng bảo hiểm TRICARE và/hoặc bảo hiểm tư nhân của tôi cho các lần đánh giá và thẩm định ban đầu và định kỳ để xác định điều kiện của con tôi đối với Dịch vụ ESIT, và tôi hiểu rằng tôi sẽ không chịu trách nhiệm cho các khoản đồng chi trả, đồng bảo hiểm hoặc khoản khấu trừ.

☐ **Tôi từ chối** sử dụng bảo hiểm TRICARE và/hoặc bảo hiểm tư nhân của tôi cho các dịch vụ trong IFSP của con tôi tùy thuộc vào FCP và tôi hiểu rằng tôi sẽ chịu trách nhiệm cho một khoản phí tham gia hàng tháng trừ khi tôi được xác định là không có khả năng chi trả hoặc được chấp thuận miễn trừ do hoàn cảnh khó khăn.

VÀ

☐ . Tôi đã được thông báo về các loại chi phí chung mà gia đình tôi có thể phải chịu do việc sử dụng bảo hiểm TRICARE và/hoặc bảo hiểm tư nhân của tôi cho các lần đánh giá và thẩm định, và các dịch vụ trong IFSP của con tôi tùy thuộc vào FCP, chẳng hạn như:

☐ Các khoản đồng chi trả, đồng bảo hiểm, phí bảo hiểm, hoặc các khoản khấu trừ,

☐ Mất quyền lợi do giới hạn bảo hiểm hàng năm hoặc trọn đời,

Khả năng ít xảy ra là:

☐ Việc sử dụng bảo hiểm có thể ảnh hưởng tiêu cực đến phạm vi bảo hiểm hiện có,

☐ Phạm vi bảo hiểm có thể bị ngừng, và/hoặc

☐ Phí bảo hiểm có thể bị ảnh hưởng.

Tôi đã được thông báo rằng các loại chi phí chung có thể tăng do sự tăng về tần suất/thời lượng/khoảng thời gian/cường độ của dịch vụ, khi bảo hiểm TRICARE và/hoặc bảo hiểm tư nhân của tôi được sử dụng để thanh toán cho các dịch vụ trong IFSP của con tôi tùy thuộc vào FCP.

Tôi đã được thông báo rằng nếu tôi muốn có một ước tính chi tiết về các chi phí tiềm tàng, tôi có thể yêu cầu Điều phối viên Nguồn lực Gia đình (FRC) của tôi hỗ trợ tôi lấy thông tin đó hoặc tôi có thể liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp bảo hiểm của mình.

Mục D: Không có Bảo hiểm (Đánh dấu vào tất cả các ô thích hợp hoặc bỏ qua đến Mục E nếu đã hoàn thành Mục C)

☐ Gia đình tôi không có bảo hiểm và **tôi hiểu rằng:**

☐ Các lần đánh giá và thẩm định ban đầu và định kỳ sẽ được cung cấp miễn phí cho gia đình tôi.

☐ Tôi có thể phải chịu một khoản phí tham gia hàng tháng cho các dịch vụ trong IFSP của con tôi tùy thuộc vào FCP trừ khi tôi được xác định là không có khả năng chi trả hoặc được chấp thuận miễn trừ do hoàn cảnh khó khăn.

Mục E: Khả năng Chi trả

Tôi hiểu rằng tôi có quyền được xác định khả năng chi trả và nếu từ chối, tôi sẽ chịu trách nhiệm cho các khoản đồng chi trả, đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ của mình. Tôi hiểu rằng, nếu ban đầu từ chối, tôi có thể yêu cầu xác định khả năng chi trả bất cứ lúc nào

☐ Tôi yêu cầu xác định khả năng chi trả.

☐ Tôi từ chối xác định khả năng chi trả.

Tôi xin xác nhận rằng:

- Tôi đã cung cấp thông tin trên biểu mẫu này một cách chính xác và đầy đủ.
- Tôi đồng ý thông báo cho Nhà Cung cấp Dịch vụ ESIT của tôi về bất kỳ thay đổi nào đối với phạm vi Bảo hiểm của tôi.
- Tôi chịu trách nhiệm cho bất kỳ khoản phí bảo hiểm nào liên quan đến Bảo hiểm TRICARE hoặc Bảo hiểm Tư nhân của tôi.
- FRC của tôi đã giải thích về SOPAF cho tôi và đã đưa cho tôi một bản sao chính sách SOPAF.
- Nếu tôi có cả phúc lợi công và bảo hiểm tư nhân. Tôi hiểu rằng chương trình phúc lợi công của tôi có quyền thu hồi chi phí từ hãng bảo hiểm của tôi.

Chữ ký của Cha mẹ/Người giám hộ

Chữ ký của Cha mẹ/Người giám hộ _____ Ngày _____

Chữ ký của Cha mẹ/Người giám hộ _____ Ngày _____