

سیستم پرداخت ها و فیس های (SOPAF) ESIT
توانایی پرداخت/فیس اشتراک ماهانه/معافیت از سختی

تاریخ _____ اداره فراهم کننده ESIT _____

نام کارمندان FRC/ESIT _____ شماره تلفن _____

بخش A: معلومات شناسایی

نام قانونی طفل _____ تاریخ تولد _____

نام والدین/سرپرست 1 _____ تلفن _____

نام والدین/سرپرست 2 _____ تلفن _____

این بخش را تکمیل نکنید اگر خانواده Medicaid یا Apple Health CHIP دارند و اجازه صدور صورتحساب را داده اند.

بخش B: دلیل توانایی پرداخت تعیین (یکی را علامت گذاری کنید)

- ☐ خانواده دسترسی به Apple Health برای Kids CHIP، TRICARE، یا بیمه خصوصی را رد کرده است
- ☐ خانواده من هیچ بیمه ندارد
- ☐ خانواده درخواست تعیین توانایی پرداخت را ارائه کرده است.
- ☐ خانواده اجازی دسترسی به TRICARE یا بیمه خصوصی را داده است، و (یکی را علامت گذاری کنید)
- ☐ هیچ فایده برای تمام خدمات موجود در IFSP که مشمول مشارکت مصرف خانواده (FCP) هستند وجود ندارد.
- ☐ بازپرداخت برای تمام خدمات در IFSP تابع FCP رد شد.
- ☐ فراهم کننده از شبکه خارج است.

به بخش D بروید

بخش C: از ارائه معلومات در مورد عواید و مصارف خودداری کرد

- ☐ خانواده از ارائه معلومات در مورد عاید و مصارف خودداری کردند و در جدول فیس ماهانه در بالاترین سطح برای اندازه خانواده شان قرار خواهند گرفت و واجد شرایط معافیت از مشکلات نیستند.

به بخش H بروید

بخش D: عواید سالانی خانواده

ثبوت عاید دوازده ماه گذشته یا سال مالیاتی قبلی را ارائه کنید. یک نوع سند برای نشان دادن ثبوت عاید نیاز خواهد بود و ثبوت در قضیی طفل نگهداری نخواهد شد.

عواید سالانه	نوع سند (یکی را انتخاب کنید)	✓
	آخرین اظهارنامه مالیاتی IRS (عاید ناخالص)	
	معاش ماه های اخیر (عاید ناخالص)	
	آخرین W2(s) (عاید ناخالص)	
	یک بیانیه کتبی معاش یا تنخوای ضمیمه شده (باید شامل نام شرکت یا کارفرما، آدرس، شماره تلفن، و امضاء سرپرست یا کارمندان منابع بشری باشد).	
	یک بیانیه کتبی یا شفاهی در مورد عواید خانواده. (اگر خانواده به اسناد دیگر نکر شده در بالا دسترسی نداشته باشد مجاز است).	
	مجموع عاید سالانه مجاز	

بخش E: مصارف سالانه مجاز

اسناد را برای مصارف غیر جبران شده که برای طفل و/یا دیگر اعضای خانواده در جریان دوازده ماه گذشته انجام شده است فراهم سازید و این اسناد در قضیه طفل نگهداری نخواهد شد.

مقدار مصارف	کتگوری های مصارف سالانه غیر بازپرداخت شایع مجاز
	مصارف طبّی، دندان و صحت روانی بشمول حق بیمه، پرداخت های مشترک، بیمه مشترک، کسر ها و خدمات طبّی غیر پوشش داده شده
	مراقبت صحی خانگی توسط یک اداره صحی خانگی دارای جواز فراهم می‌گردد
	پرداخت های حمایت از اطفال/نفقه
	مصارف مراقبت از اطفال (که در جریان کار یا مکتب واقع شده است)
	مجموع مصارف سالانی مجاز

بخش F: عاید سالانه تعدیل شده، اندازه خانواده، و سطح فقر فدرال (FPL)

نوع سند (یکی را انتخاب کنید)	عواید سالانه
1. مجموع عاید مجاز سالانه (طوری‌که در بخش D مستند شده است):	
2. مصارف مجاز سالانه (طوری‌که در بخش E مستند شده است):	
3. عاید تعدیل شده (خط 1 منفی خط 2):	
4. اندازی خانواده: تمام اعضای خانواده که در خانه طفل زندگی می‌کنند:	
5. فیصدی FPL خانواده با استفاده از جدول فیس ماهانه (از خطوط 3 و 4 استفاده کنید):	

بخش G: تعیین توانایی پرداخت (یکی را انتخاب کنید)

☐ اگر خط 5 برای اندازه خانواده کمتر از 200% سطح فقر فدرال باشد و تمام خدمات را بدون مصرف دریافت خواهد کرد، خانواده معیار های ناتوانی در پرداخت را برآورده می‌سازد.

☐ خانواده معیار های توانایی پرداخت را برآورده می‌سازد اگر خط 5 بالاتر از 200% سطح فقر فدرال برای اندازه خانواده باشد. خانواده مسؤول هرگونه پرداخت مشترک، بیمه مشترک، کسر ها، یا فیس اشتراک ماهانه (که در زیر تعیین شده است) می‌باشد. اگر خانواده هنوز هم به پرداخت بخش کامل ل قادر نباشد: معافیت از سختی.

بخش H: دلیل فیس اشتراک ماهانه (یک را علامت‌گذاری کنید)

- ☐ خانواده دسترسی به Apple Health برای Kids CHIP، TRICARE، یا بیمه خصوصی را رد کرده است.
- ☐ خانواده من هیچ بیمه ندارد
- ☐ خانواده انتخاب می‌کند که فیس اشتراک ماهانه را پرداخت کند.
- ☐ خانواده اجازی دسترسی به TRICARE یا بیمه خصوصی را داده است، و (یکی را علامت‌گذاری کنید)
- ☐ هیچ فایده برای همه خدمات در IFSP که تابع FCP است وجود ندارد.
- ☐ بازپرداخت برای تمام خدمات در IFSP تابع FCP رد شد.
- ☐ فراهم کننده از شبکه خارج است
- ☐ خانواده از ارائه معلومات در مورد عاید و مصرف خودداری کرد و واجد شرایط معافیت از مشکلات نیست.

بخش I: فیس اشتراک ماهوار

فیس اشتراک ماهانه بیشتر از مصرف واقعی خدمات نخواهد بود. این برای همه خدمات در IFSP طفل تابع FCP یک فیس ثابت است و حداکثر مبلغ است که بدون در نظر داشت تعداد اطفال ثبت نام شده در خدمات است.

	عاید تعدیل شده (خط F3 بالا)
	اندازی خانواده: (خط F4 بالا)
	فیس اشتراک ماهانه بر اساس جدول فیس ماهانه
☐ بلی ☐ نخیر	خانواده می‌خواهد که درخواست معافیت سختی کند

بخش ۲: دلیل معافیت سختی

خانواده دارای توانایی پرداخت تشخیص داده شده‌اند، اما به دلیل یک وضعیت خاص به انجام تعهد مشارکت مصرف خانواده خود قادر نیستند، از جمله اما نه محدود به موارد زیر: (تمام آنهاييکه قابل اجرا است را علامت‌گذاری کنید)

- ☐ یک تغییر در عاید یا مصارف.
- ☐ هر مصارف قابل توجه و/یا مداوم طبی.
- ☐ یک تغییر در وضعیت وظیفه (مثلاً از دست دادن وظیفه یا کاهش ساعت‌ها).
- ☐ یک رویداد مهم زندگی (مثلاً طلاق، شکست رابطه، آسیب، مریضی، یا مرگ در خانواده).
- ☐ یک فاجعی اضطراری یا طبیعی.
- ☐ پرداخت‌های کرایه یا قرض مسکن، با مصارف ماهانه، بشمول خدمات غیر از تیلیفون، که از 30% عاید ماهانه یک خانواده تجاوز می‌کند.
- ☐ دیگر (لطفاً مشخص سازید): _____

با امضاء کردن، من بدینوسیله تصدیق می‌کنم که:

- من معلومات را در این فورم ارائه کردم که دقیق و تکمیل است.
- من موافقت می‌کنم که فراهم کننده FRC یا ESIT خود را در مورد هر تغییر در وضعیت خود مطلع سازم.
- FRC من SOPAF را به من توضیح داده و یک کاپی پالیسی SOPAF را به من داده است.
- من درک می‌کنم که تعیین توانایی پرداخت من و/یا معافیت سختی مالی من سالانه بررسی خواهد شد، مگر اینکه وضعیت من پیش از تاریخ بررسی تغییر کند

امضا(های) والدین/سرپرست

امضای والدین/سرپرست 1 _____ تاریخ _____

امضای والدین/سرپرست 2 _____ تاریخ _____

با امضاء کردن، من تصدیق می‌کنم که معلومات فراهم شده، بررسی شده، و مستند شده در این فورم تا حدی که من می‌دانم دقیق و کامل است.

امضای کارمندان FRC/ESIT

امضاء کارمندان FRC یا ESIT _____ تاریخ _____