



Система платежів і зборів (SOPAF) програми ESIT

Платоспроможність / місячний внесок за участь / звільнення від оплати у зв'язку зі скрутним матеріальним становищем

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 _____

Цей розділ не потрібно заповнювати, якщо сім'я має покриття за програмою Medicaid або Apple Health у межах Програми медичного страхування для дітей (Children's Health Insurance Program, CHIP) і надала згоду на виставлення рахунків відповідній програмі.

Розділ В. Підстава для визначення платоспроможності (позначте один варіант)

- ☐ Сім'я відмовилася надати доступ до програми Apple Health for Kids у межах CHIP, програми TRICARE або приватного страхування.
- ☐ Сім'я не має страхування.
- ☐ Сім'я звернулася із запитом на визначення платоспроможності.
- ☐ Сім'я дозволила доступ до програми TRICARE або приватного страхування, але наявна одна з обставин, зазначених нижче (позначте один пункт).
- ☐ Страхове покриття не поширюється на **BCI** послуги, включені до індивідуального плану обслуговування сім'ї (Individualized Family Service Plan, IFSP), до яких застосовуються положення Програми участі сім'ї в оплаті витрат (Family Cost Participation, FCP).
 - ☐ Відшкодування витрат не схвалено для **BCIX** послуг, включених до IFSP, до яких застосовуються положення програми FCP.
 - ☐ Постачальник послуг не співпрацює з програмою/планом медичного страхування.

Перейдіть до розділу D.

Розділ С. Відмова надати інформацію про доходи та витрати

- ☐ Сім'я відмовилася надати відомості про доходи та витрати. У зв'язку із цим для неї буде встановлено максимальний розмір місячного внеску, передбачений для сім'ї такого розміру. Крім того, сім'я не матиме права на звільнення від оплати через скрутне матеріальне становище.

Перейдіть до розділу H.

Розділ D. Річний дохід домогосподарства

Надайте документальне підтвердження доходу за останні дванадцять місяців або за попередній податковий рік. Для підтвердження доходу достатньо одного виду документа. Наданий підтверджувальний документ не зберігатиметься в справі дитини.

✓	Вид документа (виберіть один варіант)	Річний дохід
☐	Остання податкова декларація, подана в Податкову службу США (Internal Revenue Service, IRS) (дохід до сплати податків)	
☐	Платіжні відомості за останні місяці (дохід до сплати податків)	
☐	Останні заповнені форми W2 (дохід до сплати податків)	

☐	Письмова довідка про розмір заробітної плати, що додається до форми (Довідка має містити назву компанії або ім'я та прізвище роботодавця, адресу, номер телефону, а також підпис керівника або працівника відділу кадрів.)	
☐	Повідомлення про доходи, подане сім'єю в письмовій або усній формі (Подання такої заяви допускається, якщо сім'я не має доступу до інших документів, зазначених вище.)	
	Загальний допустимий річний дохід	\$ 0.00

Розділ Е. Допустимі річні витрати

Надайте документи, що підтверджують витрати на дитину та/або інших членів сім'ї за останні дванадцять місяців, які не було вам відшкодовано. Надані документи не зберігатимуться в справі дитини.

Категорії допустимих невідшкодованих річних витрат	Сума витрат
Медичні, стоматологічні витрати та витрати на послуги у сфері психічного здоров'я, зокрема страхові внески, доплати, частки вартості, франшизи та витрати на медичні послуги, що не покриваються страхуванням	
Послуги з медичного обслуговування в домашніх умовах, надані ліцензованою установою з надання медичних послуг у домашніх умовах	
Виплати на утримання дитини / аліменти	
Витрати на послуги з догляду за дитиною (необхідні у зв'язку з роботою або навчанням)	
Загальна сума допустимих річних витрат	\$ 0.00

Розділ Ф. Скоригований річний дохід, розмір сім'ї та федеральний прожитковий мінімум (FPL)

Вид документа (виберіть один варіант)	Річний дохід
1. Загальний допустимий річний дохід (підтверджений у розділі D)	\$ 0.00
2. Допустимі річні витрати (підтверджені в розділі E)	\$ 0.00
3. Скоригований дохід (від суми в рядку 1 відніміть суму в рядку 2)	\$ 0.00
4. Розмір сім'ї (усі члени сім'ї, які проживають разом із дитиною)	
5. Відсоткове співвідношення доходу сім'ї до федерального прожиткового мінімуму (Federal Poverty Level, FPL), визначене за преїскурантом місячних внесків (використайте дані з рядків 3 та 4)	

Розділ Г. Визначення платоспроможності (позначте один варіант)

- ☐ Сім'я вважається такою, що не має можливості сплачувати внесок, якщо показник у рядку 5 становить менше ніж 200 % федерального прожиткового мінімуму для сім'ї відповідного розміру. У цьому разі всі послуги надаватимуться сім'ї безоплатно.
- ☐ Сім'я вважається платоспроможною, якщо показник у рядку 5 перевищує 200 % федерального прожиткового мінімуму для сім'ї відповідного розміру. У цьому разі сім'я повинна сплачувати всі застосовні доплати, частки вартості, франшизи або місячний внесок за участь, розмір якого визначено нижче. **Якщо сім'я не має змоги сплачувати ці витрати, заповніть розділ J: «Звільнення від оплати у зв'язку зі скрутним матеріальним становищем».**

Розділ Н. Підстава для стягнення місячного внеску за участь (позначте один варіант)

- ☐ Сім'я відмовилася надати доступ до програми Apple Health for Kids у межах CHIP, програми TRICARE або приватного страхування.
- ☐ Сім'я не має страхування.
- ☐ Сім'я ухвалила рішення сплачувати місячний внесок за участь.
- ☐ Сім'я дозволила доступ до програми TRICARE або приватного страхування, але наявна одна з обставин, зазначених нижче (позначте один пункт).
- ☐ Страхове покриття не поширюється на **BCI** послуги, включені до IFSP, до яких застосовуються положення програми FCP.

- ☐ Відшкодування витрат не схвалено для **BCIX** послуг, включених до IFSP, до яких застосовуються положення програми FCP.
- ☐ Постачальник послуг не співпрацює з програмою/планом медичного страхування.
- ☐ Сім'я відмовилася надати відомості про доходи та витрати, тому не має права на звільнення від оплати на підставі скрутного матеріального становища.

Розділ I. Щомісячний внесок за участь

Розмір місячного внеску за участь не може перевищувати фактичну вартість послуг. Це фіксована плата за **всі** послуги, включені до плану IFSP дитини, що підпадають під дію програми FCP. Цей внесок є максимальною сумою до сплати незалежно від кількості дітей, які отримують послуги.

Скоригований дохід (рядок F3 вище)	\$ 0.00
Розмір сім'ї (рядок F4 вище)	
Місячний внесок за участь згідно з прейскурантом місячних внесків	
Сім'я бажає подати запит на звільнення від оплати у зв'язку зі скрутним матеріальним становищем	☐ Так ☐ Ні

Розділ J. Підстава для звільнення від оплати у зв'язку зі скрутним матеріальним становищем

Було встановлено, що сім'я має фінансову можливість сплачувати внесок, однак через певні обставини не може виконувати зобов'язання щодо участі сім'ї в оплаті витрат. **До таких обставин належать, зокрема, наведені нижче.** (Позначте всі відповідні варіанти.)

- ☐ Зміна доходу або витрат
- ☐ Значні та/або регулярні медичні витрати
- ☐ Зміна статусу зайнятості (як-от утрата роботи або скорочення робочого часу)
- ☐ Важлива життєва подія (як-от розлучення, припинення стосунків, отримання травми, хвороба або смерть члена сім'ї)
- ☐ Надзвичайна ситуація або стихійне лихо
- ☐ Витрати на оренду житла або іпотечні платежі разом із щомісячними комунальними платежами, за винятком оплати телефонного зв'язку, у розмірі понад 30 % місячного доходу домогосподарства
- ☐ Інше (укажіть): _____

Підписуючи цю форму, я підтверджую, що:

- інформація, зазначена мною в цій формі, є достовірною та повною;
- я погоджуюся повідомляти свого координатора послуг для сімей (Family Resources Coordinator, FRC) або постачальника послуг Програми ранньої підтримки немовлят і дітей молодшого віку (Early Supports for Infants and Toddlers, ESIT) про будь-які зміни в моїй ситуації;
- мій координатор FRC роз'яснив мені порядок роботи системи платежів і зборів (System of Payments and Fees, SOPAF) і надав мені копію політики SOPAF;
- я розумію, що рішення щодо моєї платоспроможності та/або звільнення від оплати у зв'язку зі скрутним матеріальним становищем переглядатиметься щороку, якщо до призначеної дати перегляду в моїй ситуації не відбудуться зміни.

Підписи батьків/опікунів

Підпис одного з батьків / опікуна 1 _____ Дата _____

Підпис одного з батьків / опікуна 2 _____ Дата _____

Підписуючи цю форму, я підтверджую, що, наскільки мені відомо, інформація, надана, перевірена та внесена до цієї форми, є точною та повною.

Підпис координатора FRC / працівника програми ESIT

Підпис координатора FRC або працівника програми ESIT _____ Дата _____