



WASHINGTON STATE
Department of
Children, Youth, and Families

영유아 조기 지원(ESIT)

사전 서면 통보, 공공 및/또는 민간 보험, 소득 및 지출 확인 양식에 대한 동의

날짜:		조기 개입 프로그램 - LLA 또는 제공자:	
FRC 이름:		FRC 전화번호:	

섹션 A: 식별 정보

아동의 법적 이름:	성	이름	가운데 이름	아동의 생년월일:	xx/xx/xxxx
부모/보호자 이름(들):			전화번호:		

섹션 B: 공공 및 민간 의료 보험 보장 범위의 사전 서면 통보 및 가족 비용 참여 대상 서비스에 대한 동의(부모님이 작성 - 해당 사항 모두 선택)

B.1. Apple Health for Kids/ Medicaid (공공 건강 관리 보장)

- 본인은 다음을 허가합니다.** ESIT 제공자가 내 자녀의 IFSP 에 따라 제공될 IDEA Part C 조기 개입 서비스에 대해 Apple Health for Kids/Medicaid(본인의 공공 건강관리 보장)에 청구서를 제출하는 것 본인은 ESIT 에게 개인 식별 정보를 Apple Health/Medicaid 에 공개하여 보험금의 지불을 요청할 수 있는 권한을 승인합니다. 본인은 민간 의료 보험을 보유하고 있는 경우 Apple Health/Medicaid 에서 보험 회사로부터 비용을 되찾을 수 있는 권리가 있음을 알고 있습니다. 본인은 언제든지 가족 자원 조정관에게 통보함으로써 이 허가를 취소할 수 있음을 알고 있습니다.
- 본인은 다음을 알고 있습니다.** Apple Health for Kids/Medicaid 에 접속했을 때 다음과 같은 결과가 발생하는 경우 조기 개입 서비스 제공자가 본인의 동의를 얻어야 합니다.
 - 자녀 또는 다른 가족 구성원의 평생 보장 혜택 또는 기타 보험 혜택의 감소
 - 그렇지 않으면 Medicaid 에서 지불했을 서비스에 대한 지불
 - 내 자녀 또는 다른 가족 구성원의 Medicaid 취소 또는 보험료 인상
 - 총 건강 관련 비용을 바탕으로 가정 또는 커뮤니티 기반의 면책에 대한 자녀 또는 다른 가족 구성원의 자격 상실 위험
- 본인은 다음을 허가하지 않습니다.** ESIT 제공자가 내 자녀의 IFSP 에 따라 제공될 IDEA Part C 조기 개입 서비스에 대해 Apple Health/Medicaid 에 청구서를 제출하는 것 이 결정으로 인해 본인은 매월 요금을 결정하기 위해 본 양식의 섹션 C 와 D 를 작성해야 함을 알고 있습니다. 본 양식의 섹션 C 와 D 를 작성하지 않을 경우 가족 규모에 따라 본인이 월 요금표에서 가장 높은 수준에 배치될 것임을 이해합니다.

본인은 본인이 선택한 지불 옵션의 조건에 동의하며, 지불 체계 및 요금 정책을 수신했음을 인정합니다. 부모/보호자 서명(들):	날짜:
--	-----

SOPAF FCP 사전 통보, 동의서 및 소득/지출 확인서

B.2. 민간 의료 보험

1 차 보험 이름:		정책 번호:		그룹 번호:	
2 차 보험 이름:		정책 번호:		그룹 번호:	

본인은 본인이 선택한 지불 옵션의 조건에 동의하며, 지불 체계 및 요금 정책을
 수신했음을 인정합니다.
 부모/보호자 서명(들):

날짜:

B.3. 공공 또는 민간 의료 보험 보장 없음

본인은 다음 사실을 알고 있습니다. 내 자녀의 IFSP 에 따라 제공될 IDEA Part C 조기 개입 서비스 비용을 지불하는 데 도움이 되는 민간 또는 공공 보험(Apple Health for Kids/Medicaid)이 없기 때문에 가족 규모 및 소득에 따라 월 요금이 부과될 것입니다.

본인은 본인이 선택한 지불 옵션의 조건에 동의하며, 지불 체계 및 요금 정책을
 수신했음을 인정합니다.
 부모/보호자 서명(들):

날짜:

SOPAF FCP 사전 통보, 동의서 및 소득/지출 확인서

섹션 C: 연 소득 확인을 위한 서류(부모가 작성)

지불 불능 결정을 요청하는 모든 가족이나 가족 수 및 조정된 연 소득을 기준으로 월별 요금표에 배치를 요청하는 모든 가족은 소득 증명서를 제출해야 합니다. (소득을 증명하는 데 필요한 서류 유형은 단 하나입니다.)

문서 유형: 하나만 선택하세요.		가구의 총 연 소득:
<input type="checkbox"/>	자영업자 - 기타 비임금 가장 최근의 IRS 1040 세금 양식을 포함하십시오.	
<input type="checkbox"/>	최근 연속 급여 명세서 2 부(총 소득)	
	<input type="checkbox"/> 주간 액수	
	<input type="checkbox"/> 격주 액수	
	<input type="checkbox"/> 월 액수	
<input type="checkbox"/>	최근 W2 및/또는 1099(양식 W2=1 행; 1099=총 1, 2, 3 행)	
<input type="checkbox"/>	급여 내역서 첨부(회사 또는 고용주의 이름, 주소, 전화번호 및 책임자 또는 인사 담당자 서명 포함)	

섹션 D: 허용되는 연간 비용(부모님이 작성)

귀하는 지난 12 개월 또는 이전 과세 연도 동안 자녀 및/또는 다른 가족 구성원에 대해 발생한 상환되지 않은 비용에 대해 이 양식과 함께 서류를 제출해야 합니다.

허용되는 비상한 연간 비용 부문	비용
보험료, 본인 부담금, 공동 보험료, 공제액 및 보험이 적용되지 않는 서비스를 포함한 의료, 치과 및 정신과 비용	
면허가 있는 가정 보건 기관에서 제공하는 가정 건강 관리	
아동 지원/위자료 지불	
업무 또는 취학 중에 발생하는 육아 비용	
허용되는 총 연간 비용	

가구 구성원 숫자(가족 규모)	
------------------	--

SOPAF FCP 사전 통보, 동의서 및 소득/지출 확인서

섹션 E: 조정된 연 소득 및 지불 불능 결정(FRC 또는 EIS 직원이 기입)

소득, 지출 및 월 요금 정보		
1.	연간 총 소득(섹션 C):	
2.	허용되는 연간 비용(섹션 D):	
3.	연간 비용 면제(1 행 - 총 연 소득에 0.10 또는 10% 곱하기):	
4.	허용되는 총 연간 비용(2 행에서 3 행 빼기; 3 행이 2 행보다 큰 경우에는 4 행에 0 입력):	
5.	월별 요금표 배치를 위한 조정된 소득(1 행 - 4 행) :	

5 행이 연방 저소득층 기준의 200% 미만인 경우에는 지불 불능 기준 충족			
<input type="checkbox"/>	예 - 보험이 있거나 없는 가족의 경우에는 자기 부담금, 공동 보험료, 공제액 또는 월 요금을 지불하지 않아도 됩니다. IDEA Part C 또는 기타 기관의 자금을 사용하여 이 비용을 충당할 수도 있습니다.	<input type="checkbox"/>	아니요 - 보험이 있는 가족의 경우 가족 공제
		<input type="checkbox"/>	아니요 - 보험이 없는 가족 또는 보험 가입을 거부하는 가족의 경우, 월간 요금표에 배치됩니다. 월 요금: _____

섹션 F: 부모 확인

본인은 본 양식을 통해 제공, 검토 및 문서화된 정보가 본인이 아는 한 정확하고 완전함을 확인합니다.

부모/보호자 서명(들):	날짜:
---------------	-----

섹션 G: 소득 및 지출 확인서 직원 검토

검토자:

FRC 또는 EIS 직원 서명:	이름(정자체):	날짜:
-------------------	----------	-----

SOPAF FCP 사전 통보, 동의서 및 소득/지출 확인서