



## Early Support for Infants & Toddlers (ESIT : 乳幼児への早期サポート)



WASHINGTON STATE  
Department of  
Children, Youth, and Families

### 事前の書面による通知、公的保険および/または民間保険へのアクセスの同意、 収入および経費の確認フォーム

日付 :	早期介入プログラム (Early Intervention Program) – LLAまたはプロバイダ :
FRC 氏名 :	FRC 電話 :

#### セクションA : 識別情報

子どもの本名 :	子どもの生年月日 :
姓	xx/xx/xxxx
名	
ミドルネーム	
親/保護者の名前 :	電話 :

#### セクションB : 公的および民間医療保険の事前通知書および同意 **家族費用参加 (Family Cost Participation)** 対象サービス (親の方が作成 - 該当するものすべてにチェック)

##### B.1. Apple Health for Kids (子供のためのアップルヘルス) / Medicaid (メディケイド) (公的医療保険)

- 以下について許可します : ESITプロバイダが、私の子どものIFSPに準じて提供されるIDEAのパートC早期介入サービスのために、Apple Health for Kids (児童向けアップルヘルス) / Medicaid (メディケイド) (私の公的医療保険) に請求を行うこと。私は、ESITが、給付金の支払いを要請する目的で個人識別情報をApple Health (アップルヘルス) / Medicaid (メディケイド) に開示することを許可します。私は、自らが民間医療保険に加入している場合、Apple Health (アップルヘルス) / Medicaid (メディケイド) が保険会社から費用を回収する (保険会社に代わって費用を負担する) 権利を有することを理解します。私は、いつでも、自らのFamily Resources Coordinator (家族リソースコーディネーター) に通知することでこの許可を撤回できることを理解します。
- 以下のことを理解します : 早期介入プロバイダが、Apple Health for Kids (児童向けアップルヘルス) / Medicaid (メディケイド) を利用することで以下のいずれかが生じる場合、早期介入プロバイダが私から同意を取得すること :
  - 私の子どもまたは他の家族の人間を対象とする、利用可能な障害補償の低減、あるいは他の保険給付の減額。
  - 本来はMedicaid (メディケイド) によって支払われることになっていたサービスの代金の負担。
  - 私の子どもまたは他の家族の人間を対象とする、Medicaid (メディケイド) の保険料の増額、あるいはMedicaidの解約。
  - 私の子どもまたは他の家族の人間を対象とする適格性や資格の喪失、および総医療関連費用に基づく地域社会ベースの放棄の危険性。
- 以下について許可しません : ESITプロバイダが、私の子どものIFSPに準じて提供されるIDEAのパートC早期介入サービスのために、Apple Health for Kids (児童向けアップルヘルス) / Medicaid (メディケイド) に請求を行うこと。私は、こうした判断や決定を理由に、月額手数料の設定目的で本フォームのセクションCおよびDを作成する必要があることを理解します。私は、本フォームのセクションCおよびDを作成しない場合、家族人数に基づき月額手数料表 (Monthly Fee Schedule) の最高金額が適用されることを理解します。

私は、自らが選択した支払いオプションの条件に同意し、**System of Payments and Fees Policy** (支払い体系および手数料ポリシー) を受領したことを認めます  
親/保護者の署名 :

日付 :

### SOPAF FCP事前通知書、同意、および所得と経費認証フォーム

B.2. 民間医療保険/保険					
主な保険会社名:		保険証券番号:		グループ番号:	
二次保険会社名:		保険証券番号:		グループ番号:	

- 私は、IDEAのパートC早期介入サービスについて、自らの民間医療保険/保険を使用した結果として、家族が負担するかもしれない以下のような費用の一般的なカテゴリーを認識しています：
- 自己負担額、共同保険、保険料、または控除免責金額
  - 家族の保険契約に基づく、年間または生涯保険上限を理由とする、給付金喪失などの長期費用
  - 保険の利用が家族の保険補償の利用可能性に悪影響を及ぼすかもしれない可能性
  - パートC早期介入サービスの支払いを理由に、保険補償が打ち切られるかもしれない可能性
  - 保険料が、早期介入サービス支払いを目的とする民間保険の利用による影響を受けるかもしれないというおそれ

以下について同意します：ESITプロバイダが、私の子どものIFSPに準じて提供されるIDEAのパートC早期介入サービスのために、私の民間医療保険/保険に請求を行うこと。私は、ESITが、給付金の支払いを要請する目的で個人識別情報を私の民間医療保険/保険に開示することを許可します。私は、自らの民間医療保険/保険がESITプロパガンダに支払いを行うことを許可します。私は、いつでも、自らのFamily Resources Coordinator（家族リソースコーディネーター）に通知することでこの許可を撤回できることを理解します。

以下について同意しません：ESITプロバイダが、私の子どものIFSPに準じて提供されるIDEAのパートC早期介入サービスのために、私の民間医療保険/保険に請求を行うこと。私は、自らが月額手数料表および基準に基づくこうしたサービスについて支払う責任を負うことを理解します。私は、月額手数料の設定目的で本フォームのセクションCおよびDを作成する必要があることを理解します。私は、本フォームのセクションCおよびDを作成しない場合、家族人数に基づき月額手数料表（Monthly Fee Schedule）の最高金額が適用されることを理解します。

私は以下の作成をしません：本フォームのセクションCおよびD。したがって、私は、自らの民間医療保険の利用の結果と生じるすべての自己負担額、共同保険、控除免責金額を負担することを理解します。

私は、自らが選択した支払いオプションの条件に同意し、**System of Payments and Fees Policy**（支払い体系および手数料ポリシー）を受領したことを認めます  
親/保護者の署名：

日付：

### B.3. 公的または民間医療保険以外の医療保険

私は、自らの子どものIFSPに準じて提供されるIDEAのパートC早期介入サービスの支払いにあたって、民間または公的保険（Apple Health for Kids（児童向けアップルヘルス）/ Medicaid（メディケイド））に加入していないことから、家族人数と所得に基づいて月額手数料が請求されることを認識しています。

私は、自らが選択した支払いオプションの条件に同意し、**System of Payments and Fees Policy**（支払い体系および手数料ポリシー）を受領したことを認めます  
親/保護者の署名：

日付：

**セクションC：年間所得の認証に使用される文書（親の方が作成）**

支払い不能決定、または家族人数や調整後年間所得に基づく月額手数料表の適用を要請されるすべての家庭は、所得証明を提出していただく必要があります。（所得証明としてご提出いただく必要があるのは1種類の書類で十分とします。）

書類の種類：1つお選びください		年間世帯合計 両親合算:
<input type="checkbox"/>	自営 給与と所得なし。直近のIRS 1040所得税申告書をご用意ください。	
<input type="checkbox"/>	直近二（2）年度分の給与明細書（総所得）	
	<input type="checkbox"/> 週間額	
	<input type="checkbox"/> 隔週（2週間）額	
	<input type="checkbox"/> 月額	
<input type="checkbox"/>	直近のW2 / 1099 (Form W2= ライン1 ; 1099= ライン1, 2, 3の計)	
<input type="checkbox"/>	給与/賃金明細書を添付（会社または雇用主の名前、住所、電話番号、監督者あるいは人事担当者の署名が確認できるもの。）	

**セクションD：認められる年間経費（親の方が作成）**

以下をご提出いただく必要があります：過去12か月間または前申告年度中に該当の子ども/他の家族の人を対象に発生した払い戻しや償還の対象外の経費について、このフォームおよび関連書類。

認められる、払い戻しや償還の対象外の年間経費カテゴリー	経費額
保険料、自己負担額、共同保険、控除免責金額、対象外のサービスを含む、医療、歯科、メンタルヘルス医療費	
認可在宅医療機関が提供する在宅医療	
養育費/慰謝料の支払い	
就業中や在校中に発生する保育料	
<b>認められる年間総経費</b>	

総世帯人数（家族人数）：	<input type="text"/>
--------------	----------------------

セクションE：調整後年間所得および支払い不能決定（FRCまたはEISスタッフが作成）

所得、経費、および月額手数料情報		
1.	年間総所得（セクションCにて確認）：	
2.	認められる年間経費（セクションDにて確認）：	
3.	年間控除対象経費（ライン1-年間総所得に0.10または10%を乗じる）：	
4.	認められる年間総経費（ライン2-ライン3。ライン3がライン2より大きい場合、ライン4に0と明記）：	
5.	月額手数料表が適用される調整後所得（ライン1-ライン4）：	

ライン5が家族人数についてFederal Poverty Level（FPL）の200%を下回る場合、支払い不能基準を満たします			
<input type="checkbox"/>	はい – 保険加入の有無を問わず、世帯には自己負担額、共同保険、控除免責金額、または月額手数料の支払いが免除されます。IDEAのパートCまたは他のエージェンシー資金（agency funds）をこうした費用の補填に活用できます。	<input type="checkbox"/>	いいえ – 保険加入している世帯は、自己負担額、共同保険、控除免責金額の支払い責任を負います。
		<input type="checkbox"/>	いいえ – 保険に加入していない、または保険に加入できない世帯には、月額手数料表が適用されます。  月額手数料： _____

セクションF：親や保護者による確認

私は、本フォームにて提供、審査、確認された情報が自らの知る限り正確かつ完全なものであることを認めます。

親/保護者の署名：	日付：
-----------	-----

セクションG：所得と経費認証フォーム（Income and Expense Verification Form）の  
スタッフ審査

審査者：

FRCまたはEISスタッフの署名：	名前（活字体）：	日付：
-------------------	----------	-----