الموافقة على نظام المدفوعات والرسوم (SOPAF) في برنامج التدخل المبكر لخدمات الرضع والأطفال الصغار (ESIT) - العائلات المغطاة ببرنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) من Medicaid/Apple Health

ESIT System of Payments and Fees (SOPAF) Consent
Families with Medicaid/Apple Health for Kids CHIP

Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

التاريخ____________ وكالة توفير برنامج التدخل المبكر لخدمات الرضع والأطفال الصغار (ESIT)______________________________

منسق موارد العائلة/موظف برنامج ESIT: الاسم______________________________ رقم الهاتف________________

القسم (أ): معلومات تحديد الهوية

الاسم القانوني للطفل______________________________ تاريخ الميلاد________________

اسم الوالد/الوصي 1______________________________ تاريخ الميلاد________________

اسم الوالد/الوصي 2______________________________ تاريخ الميلاد________________

القسم (ب): معلومات التأمين

نوع التأمين	اسم التأمين	رقم الوثيقة
برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) من Medicaid/Apple Health		
تأمين TRICARE الخاص		

القسم (ج): الموافقة على إرسال المطالبات إلى Medicaid أو Apple Health لبرنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) (ضع علامة على كل ما ينطبق)

☐ **أوافق على** أن يقدم موفرو خدمات برنامج التدخل المبكر لخدمات الرضع والأطفال الصغار (ESIT) المطالبات إلى Medicaid أو Apple Health لبرنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) من Medicaid/Apple Health للتقييمات والفحوصات الأولية والمستمرة، وجميع خدمات برنامج ESIT القابلة للفوترة المدرجة في خطة الخدمات العائلية الفردية (IFSP) الخاصة بطفلي، وذلك حسب نظام المشاركة الأسرية بالتكاليف (FCP). سيتم تقديم هذه الخدمات دون أي تكلفة على عائلتي.

☐ **أرفض** السماح بالتواصل مع برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) من Medicaid/Apple Health، وأفهم أنه هذا الرفض يعني أنني قد أتحمل رسوم مشاركة شهرية.

☐ **لدي كل من Medicaid وTRICARE أو تأمين خاص، وأمنح موافقتي على أن يقدم موفرو خدمات برنامج التدخل المبكر لخدمات الرضع والأطفال الصغار (ESIT)** الخاصين بي مطالبات بخصوص مزايا العامة وتلك المرتبطة بالتأمين الخاص بشأن التقييمات والفحوصات الأولية والمستمرة وجميع الخدمات المدرجة في خطة الخدمات العائلية الفردية (IFSP) القابلة للفوترة، حسب نظام المشاركة الأسرية بالتكاليف (FCP). سيتم تقديم هذه الخدمات دون أي تكلفة على عائلتي.

أؤكد بموجبه على ما يلي:

- أنني قدمت معلومات دقيقة وكاملة في هذا النموذج.
- أنني أوافق على إخطار موفر خدمات برنامج التدخل المبكر لخدمات الرضع والأطفال الصغار (ESIT) بأي تغييرات في مزاياي العامة.
- أنني لم يُطلب مني التسجيل في برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) من Medicaid/Apple Health.
- أنني مسؤول عن أي أقساط مرتبطة ببرنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) من Medicaid/Apple Health.
- أدرك أنه بموجب الموافقة على الوصول إلى مزاياي العامة، ستتم مشاركة معلوماتي المحددة لهويتي الشخصية مع Medicaid.
- أدرك أنه أن لي الحق في رفض الوصول إلى مزاياي العامة ورفض مشاركة معلوماتي المحددة لهويتي الشخصية مع Medicaid.
- إذا كنت أتمتع بمزايا عامة وأخرى تابعة لتأمين خاص - فإنني أدرك أنه للجهة الموفرة للمزايا العامة الحق في استرداد التكاليف من مزوّد التأمين الخاص. كما أدرك أنه عليّ إكمال الأقسام الأخرى المطلوبة من هذا النموذج.

توقيع(ات) الوالد/الوصي:

توقيع الوالد/الوصي______________________________ تاريخ الميلاد________________

توقيع الوالد/الوصي______________________________ تاريخ الميلاد________________