Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

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

កាលបរិច្ឆេទ ______________ ទីភ្នាក់ងារផ្តល់សេវា ESIT ______________________________

ឈ្មោះបុគ្គលិក FRC/ESIT ______________________________ លេខទូរស័ព្ទ ______________

## ផ្នែក A៖ ព័ត៌មានអត្តសញ្ញាណ

ឈ្មោះពេញរបស់កុមារ ______________________________ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ______________

ឈ្មោះមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល 1 ______________________________ ទូរស័ព្ទ ______________

ឈ្មោះមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល 2 ______________________________ ទូរស័ព្ទ ______________

## ផ្នែក B៖ ព័ត៌មានធានារ៉ាប់រង

| ប្រភេទនៃការធានារ៉ាប់រង | ឈ្មោះធានារ៉ាប់រង | លេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង |
|---|---|---|
| Medicaid/ Apple Health for Kids CHIP | | |
| កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងឯកជន TRICARE | | |

## ផ្នែក C៖ ការយល់ព្រមដើម្បីចេញវិក្កយបត្រទៅកម្មវិធី Bill Medicaid ឬ Apple Health for Kids CHIP (ធីកតែមួយប្រអប់ខាងក្រោម)

☐ **ខ្ញុំសូមផ្តល់ការអនុញ្ញាត** ជូនអ្នកផ្តល់សេវា ESIT របស់ខ្ញុំ ដើម្បីចេញវិក្កយបត្រទៅកម្មវិធី Medicaid ឬ Apple Health for Kids CHIP សម្រាប់ការវាយតម្លៃដំបូង និងបន្ទាប់/ឬការវាយតម្លៃនិងសេវាកម្ម ESIT ដែលអាចចេញវិក្កយបត្របាន ទាំងអស់ ដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងផែនការសេវាកម្មគ្រួសារបុគ្គល (IFSP) របស់កូនខ្ញុំ ឬសេវាកម្មនានាក្រោមកម្មវិធីផ្លូវរួមដែលដឹកនាំដោយគ្រួសារ (FCP)។ សេវាកម្មទាំងនោះនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមិនគិតថ្លៃដល់គ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។

☐ **ខ្ញុំបដិសេធ**មិនអនុញ្ញាតឱ្យចេញវិក្កយបត្រទៅកម្មវិធី Medicaid ឬ Apple Health for Kids CHIP ទេ។ ដោយសារការបដិសេធមិនផ្តល់ការអនុញ្ញាត ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំនឹងត្រូវទទួលខុសត្រូវលើថ្លៃសេវាផ្លូវរួមដែលបានកំណត់។

☐ **ខ្ញុំមានទាំងកម្មវិធី Medicaid និងកម្មវិធី TRICARE ឬកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងឯកជន ហើយសូមផ្តល់ការអនុញ្ញាត** ជូនអ្នកផ្តល់សេវា ESIT របស់ខ្ញុំ ដើម្បីចេញវិក្កយបត្រទៅកម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍សាធារណៈរបស់ខ្ញុំ និងការធានារ៉ាប់រងឯកជន សម្រាប់ការវាយតម្លៃដំបូង និងបន្ទាប់/ឬការវាយតម្លៃនិងសេវាកម្ម ESIT ដែលអាចចេញវិក្កយបត្របានទាំងអស់ ដែលមាននៅក្នុង IFSP របស់កូនខ្ញុំ ឬសេវាកម្មក្រោមកម្មវិធី FCP។ សេវាកម្មទាំងនោះនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមិនគិតថ្លៃជូនគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ។

**ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា៖**

- ខ្ញុំបានផ្តល់ព័ត៌មានលើទម្រង់បែបបទនេះដោយពិតត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញ។
- ខ្ញុំយល់ព្រមជូនដំណឹងដល់អ្នកផ្តល់សេវា ESIT របស់ខ្ញុំ អំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយទៅលើអត្ថប្រយោជន៍សាធារណៈរបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យចុះឈ្មោះសម្រាប់កម្មវិធី Medicaid/Apple Health for Kids/CHIP ទេ។
- ខ្ញុំទទួលខុសត្រូវលើបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងណាមួយដែលទាក់ទងនឹងកម្មវិធី Apple Health for Kids/CHIP របស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការយល់ព្រមលើការផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើអត្ថប្រយោជន៍សាធារណៈរបស់ខ្ញុំ ព័ត៌មានដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំនឹងត្រូវបានចែករំលែកជាមួយកម្មវិធី Medicaid។
- ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំអាចបដិសេធមិនផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើអត្ថប្រយោជន៍សាធារណៈរបស់ខ្ញុំ ដោយបដិសេធការចែករំលែកព័ត៌មានដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំជាមួយកម្មវិធី Medicaid។
- ព័ត៌មានលម្អិតទាំងអស់អំពីអត្ថប្រយោជន៍សាធារណៈ និងការធានារ៉ាប់រងឯកជន - ខ្ញុំយល់ថាអត្ថប្រយោជន៍សាធារណៈរបស់ខ្ញុំមានសិទ្ធិក្នុងការបង្វែរការគាំពារពីព្រោះធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំក៏យល់ដែរថា ខ្ញុំត្រូវបានប្រាប់ពីផលប៉ះពាល់ដែលអាចនឹងកើតមានដូចដែលរៀបរាប់នៅលើទម្រង់បែបបទនេះ។

### ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា / អាណាព្យាបាល

ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល ______________________________ កាលបរិច្ឆេទ ______________

ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល ______________________________ កាលបរិច្ឆេទ ______________