

婴幼儿早期支持付款和费用系统 (SOPAF) 同意书  
适用于拥有医疗补助计划/儿童健康保险计划 (CHIP) 的家庭  
ESIT System of Payments and Fees (SOPAF) Consent  
Families with Medicaid/Apple Health for Kids CHIP

日期 \_\_\_\_\_ 婴幼儿早期支持服务机构 \_\_\_\_\_

家庭资源协调员/婴幼儿早期支持员工姓名 \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_

## A 部分：身份信息

儿童法定姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

家长/监护人姓名 1 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_

家长/监护人姓名 2 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_

## B 部分：保险信息

保险类型	保险名称	保单号码
医疗补助计划/儿童健康保险计划 (CHIP)		
TRICARE 军人医保/私人保险		

## C 部分：同意向医疗补助或儿童健康保险计划 (CHIP) 收取费用（请勾选所有适用项）

本人允许本人的婴幼儿早期支持服务提供者向医疗补助计划或儿童健康保险计划 (CHIP) 申请理赔，用于支付初始及持续评价和/或评估费用，以及本人子女在个人化家庭服务计划 (IFSP) 项下的所有需要家庭费用参与 (FCP) 的可计费婴幼儿早期支持服务费用。这些服务对本人的家庭免费提供。

本人拒绝使用医疗补助计划或儿童健康保险计划 (CHIP)，且理解拒绝后本人可能需要承担月度参与费。

本人同时拥有医疗补助计划和 TRICARE 军人医保或私人保险，允许本人的婴幼儿早期支持服务提供者向本人的公共福利和私人保险申请理赔，用于支付初始及持续评价和/或评估费用，以及本人子女在个人化家庭服务计划项下的所有需要家庭费用参与的可计费婴幼儿早期支持服务费用。这些服务对本人的家庭免费提供。

## 本人特此确认：

- 本人在表格中提供的信息准确完整。
- 本人同意，如果本人享有的公共福利发生任何变更，将会通知本人的婴幼儿早期支持提供者。
- 本人并非被强制要求加入医疗补助计划/儿童健康保险计划/CHIP。
- 本人负责支付与儿童健康保险计划/CHIP 相关的任何保费。
- 本人理解，同意使用公共福利后，本人的个人信息将与医疗补助计划共享。
- 本人理解，本人可以拒绝使用本人的公共福利，并拒绝与医疗补助计划共享本人的个人信息。
- 如果本人同时拥有公共福利和私人保险，本人理解公共福利机构有权向本人的保险公司追偿费用。本人也理解，本人必须填写本表格中的其他适用部分。

## 家长/监护人签名

家长/监护人签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

家长/监护人签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_