

رضایت برای سیستم پرداخت ها و هزینه های
Medicaid/Apple Health for Kids CHIP خانواده های دارای
ESIT System of Payments and Fees (SOPAF) Consent
 Families with Medicaid/Apple Health for Kids CHIP



تاریخ _____ اژانس ارئه داده ESIT _____

نام کارپرداز FRC/ESIT _____ شماره تلفن _____

بخش A. اطلاعات شناسایی

نام قبلی کودک _____ تاریخ تولد _____

شماره تلفن _____

نام اولی/سپوست 1 _____

شماره تلفن _____

نام اولی/سپوست 2 _____

بخش B. اطلاعات بیمه

شماره بیمه ماه	نوعی مه	نوعی مه
	Medicaid/ Apple Health for Kids CHIP	
	TRICARE	بیمه خصوصی

بخش C. رضایت برای صدور صورتحساب برای Medicaid یا Apple Health for Kids CHIP (همه موارد صحیح را علامت بزنید)

من بده ارئه داده فدیگان (خدمات ESIT خود اجازه می دهتا جالبات خود ربرای سنجش وکها ارفیلی اولیه و جاری وتمام خدمات ESIT قبیل پرداخت در «طرح خدمات خلوادشخصی ازیشده» (IFSP) فرزندم که مشمول «مشارکت مؤن خلواده» (FCP) است ببه Medicaid ای Apple Health for Kids CHIP ارس الکنید. طین خدمتبدون یچ مؤن هایبرای خلواده من ارئه خوا هدشید.

من هتسویه Medicaid ای Apple Health for Kids CHIP را رد میکنم، و نتوجه هتکمبا رد هتسوی، ممکن لبت هتولپرداخت مؤن ه ماهه ش اکتبشیم.

من انیه مه Medicaid و TRICARE ای بی مه خصوصیه بر خوردارم وبه ارئه دغه)گان (خدمات ESIT خود اجازه می دهتا برای سنجش وکها ارفیلی اولیه و جاری، وتمام خدمات ESIT قبیلپرداخت در IFSP فرزندمکه مشمول FCP لبت، مطالبات خود ربه مزطای عمومی وبنیه خصوصی من ارس الکنید. طین خدمتبدون یچ مؤن هایبرای خلواده من ارئه خوا هدشید.

بندین ویل فقی یه میکنم که:

- اطال عتیکه در طرفرم ارئه کرده ام، فقی وکامل لبت.
- فیاقت میکنمکه هگین متخیر در مزطای دولتی خودم ربه ارئه داده ESIT خود اطال ع دم.
- من مل زب متبعتنام در Medicaid/Apple Health for Kids/CHIP نیوم.
- من هتول هگینه حقییه مه میوطه Apple Health for Kids/CHIP خود هتیم.
- من نتوجه هتکمبا رضطت دادنبرای هتسویه مزطای دولتی خود، اطال عاتش خصری قبیل شرسطی من ب Medicaid به ثتتر اکگنتتیه خوا مد شد.
- من نتوجه هتکمبه هتولم هتسویه مزطای دولتی خود را رکنم و ازب هتتر اکگنتتین اطال عاتش خصری قبیل شرسطی خود با Medicaid چل گیریکنم.
- گر من هم مزطای دولتی و همیه مه خصوصی نثوب بلشم - نتوجه هتکمبه مزطای دولتی من حق دارد مؤن هه را از ش رکتیه مه من دوفلتکنید. همچهن نتوجه هتکمبه بل دس طربخش های میوطه در طرفرم راهی زتک میکنم.

امضا(ها)ی ولی / سرپرست

امضای ولی/سپوست _____ تاریخ _____

امضای ولی/سپوست _____ تاریخ _____