ໜັງສືຍິນຍອມລະບົບການຊໍາລະເງິນ ແລະ ຄ່າທໍານຽມຂອງ ESIT (SOPAF) ສໍາລັບຄອບຄົວທີ່ມີສິດໃນ ໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບສໍາລັບເດັກຂອງ Medicaid/ Apple CHIP

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

ວັນທີ _____________ ຕົວແທນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ESIT ______________________________

ຊື່ພະນັກງານ FRC/ESIT ______________________________ ເບີໂທລະສັບ______________

ພາກ A: ຂໍ້ມູນລະບຸຕົວຕົນ

ຊື່ຕາມກົດໝາຍຂອງເດັກ ______________________________ ວັນເດືອນປີເກີດ______________

ຊື່ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ 1 ______________________________ ວັນເດືອນປີເກີດ______________

ຊື່ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ 2 ______________________________ ວັນເດືອນປີເກີດ______________

ພາກ B: ຂໍ້ມູນປະກັນໄພ

ປະເພດຂອງປະກັນໄພ	ຊື່ປະກັນໄພ	ໝາຍເລກນະໂຍບາຍ
ໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບສໍາລັບເດັກຂອງ Medicaid/ Apple CHIP		
ປະກັນສຸຂະພາບເອກະຊົນ TRICARE		

ພາກ C: ຍິນຍອມໃນການຮ້ອງຂໍເງິນຈາກ ໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບສໍາລັບເດັກຂອງ Medicaid ຫຼື Apple (CHIP)

(ໃຫ້ໝາຍຖືກທຸກຂໍ້ທີ່ເຫັນວ່າເໝາະສົມ)

☐ **ຂ້ອຍຍິນຍອມໃຫ້**ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ESIT ຂອງຂ້ອຍ ສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍການຊໍາລະເງິນຈາກ ໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບສໍາລັບເດັກຂອງ Medicaid ຫຼື Apple CHIP ສໍາລັບການປະເມີນເບື້ອງຕົ້ນ ແລະ/ຫຼືການປະເມີນຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງຮວມທັງການບໍລິການທີ່ສາມາດເກັບຄ່າໄດ້ທັງໝົດພາຍໃນແຜນບໍລິການສໍາລັບຄອບຄົວລາຍບຸກຄົນ (IFSP) ຂອງລູກຂ້ອຍ ຂຶ້ນກັບການມີສ່ວນຮ່ວມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງຄອບຄົວ (FCP). ຄອບຄົວຂອງຂ້ອຍຈະໄດ້ຮັບບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.

☐ **ຂ້ອຍຂໍປະຕິເສດ**ການເຂົ້າເຖິງ ໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບສໍາລັບເດັກຂອງ Medicaid ຫຼື Apple (CHIP) ແລະ ໂດຍການປະຕິເສດການເຂົ້າເຖິງນີ້ ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຂ້ອຍອາດຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລາຍເດືອນຕາມທີ່ກໍານົດໄວ້.

☐ **ຂ້ອຍມີທັງ Medicaid ແລະ TRICARE ຫຼືປະກັນສຸຂະພາບແບບເອກະຊົນ ແລະຂ້ອຍຍິນຍອມ**ໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ESIT ຂອງຂ້ອຍ ສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍການຊໍາລະເງິນຈາກສິດປະໂຫຍດຂອງລັດ ແລະ ປະກັນເອກະຊົນ ສໍາລັບການປະເມີນເບື້ອງຕົ້ນ ແລະ/ຫຼືການປະເມີນຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ ພ້ອມກັບການບໍລິການທັງໝົດທີ່ສາມາດເກັບຄ່າໄດ້ພາຍໃນແຜນບໍລິການລາຍບຸກຄົນຂອງລູກ (IFSP) ຂຶ້ນກັບການມີສ່ວນຮ່ວມຈ່າຍຂອງຄອບຄົວ (FCP). ຄອບຄົວຂອງຂ້ອຍຈະໄດ້ຮັບບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢືນຢັນວ່າ:

- ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແບບຟອມນີ້ທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງທີ່ຈະແຈ້ງໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ESIT ຂອງຂ້ອຍກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໆໃນຜົນປະໂຫຍດລັດຂອງຂ້ອຍ.
- ຂ້ອຍບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມ ໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບສໍາລັບເດັກຂອງ Medicaid / Apple / CHIP.
- ຂ້ອຍເປັນຜູ້ຮັບຜິດຊອບຄ່າເບ້ຍປະກັນທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ ໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບສໍາລັບເດັກຂອງ Apple / CHIP.
- ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າໂດຍການຍິນຍອມໃຫ້ເຂົ້າເຖິງສິດປະໂຫຍດລັດຂອງຂ້ອຍ ຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນຂອງຂ້ອຍຈະຖືກແບ່ງປັນໃຫ້ກັບ Medicaid.
- ຂ້ອຍຮັບຮູ້ ແລະ ເຂົ້າໃຈວ່າຂ້ອຍສາມາດປະຕິເສດການອານຸຍາດໃຫ້ເຂົ້າເຖິງສິດປະໂຫຍດລັດ ແລະ ປະຕິເສດການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສ່ວນບຸກຄົນຂອງຂ້ອຍກັບ Medicaid.
- ຖ້າຂ້ອຍມີທັງສິດປະໂຫຍດລັດ ແລະ ເອກະຊົນ ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ ສິດປະໂຫຍດລັດຂອງຂ້ອຍມີສິດໃນການຮຽກກູ້ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈາກບໍລິສັດປະກັນຂອງຂ້ອຍ. ຂ້ອຍຍັງເຂົ້າໃຈວ່າຂ້ອຍຈະຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນໃນພາກສ່ວນອື່ນໆຂອງແບບຟອມນີ້.

ລາຍເຊັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ

ລາຍເຊັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ ______________________________ ວັນເດືອນປີເກີດ______________

ລາຍເຊັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ ______________________________ ວັນເດືອນປີເກີດ______________