Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

ESIT ਦੀ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਅਤੇ ਫੀਸਾਂ ਦੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ (SOPAF) ਸੰਬੰਧੀ ਸਹਿਮਤੀ ਜੋ Medicaid/ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ Apple Health CHIP ਵਾਲੇ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਲਈ ਹੈ

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

ਮਿਤੀ ______________ ESIT ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਏਜੰਸੀ ____

FRC/ESIT ਸਟਾਫ ਨਾਮ ______________________________ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ______________________

ਸੈਕਸ਼ਨ A: ਪਛਾਣ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਬੱਚੇ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨਾਮ ______________________________ ਜਨਮ ਮਿਤੀ ______________

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਨਾਮ 1 ______________________________ ਜਨਮ ਮਿਤੀ ______________

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਨਾਮ 2 ______________________________ ਜਨਮ ਮਿਤੀ ______________

ਸੈਕਸ਼ਨ B: ਬੀਮਾ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਬੀਮੇ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਬੀਮੇ ਦਾ ਨਾਮ	ਪਾਲੀਸੀ ਨੰਬਰ
Medicaid/ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ Apple Health CHIP		
TRICARE ਪ੍ਰਾਇਵੇਟ ਬੀਮਾ		

ਸੈਕਸ਼ਨ C: Medicaid ਜਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ Apple Health CHIP ਨੂੰ ਬਿੱਲ ਭੇਜਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)

☐ **ਮੈਂ** ਮੇਰੇ ESIT ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ(ਵਾਂ) ਨੂੰ **ਇਹ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ** ਹਾਂ ਕਿ ਉਹ Medicaid ਜਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ Apple Health CHIP ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅਤੇ ਚੱਲ ਰਹੇ ਮੁਲਾਂਕਣਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਅਨੁਮਾਨਾਂ, ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਪਰਿਵਾਰਕ ਸੇਵਾ ਯੋਜਨਾ (IFSP) ਵਿੱਚ ਦਰਜ ਸਾਰੀਆਂ ESIT ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜੋ ਪਰਿਵਾਰਕ ਲਾਗਤ ਭਾਗੀਦਾਰੀ (FCP) ਦੇ ਅਧੀਨ ਹਨ, ਲਈ ਬਿੱਲ ਭੇਜ ਸਕਣ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੇਰੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਬਿਨਾ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਦੇ ਉਪਲਬਧ ਕਰਵਾਈਆਂ ਜਾਣਗੀਆਂ।

☐ **ਮੈਂ** Medicaid ਜਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ Apple Health CHIPP ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਤੋਂ **ਇਨਕਾਰ ਕਰਦਾ ਹਾਂ**, ਅਤੇ ਪਹੁੰਚ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਕੇ ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਫੀਸ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ।

☐ **ਮੇਰੇ ਕੋਲ Medicaid ਅਤੇ TRICARE ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਬੀਮਾ ਦੋਵੇਂ ਹਨ**, ਅਤੇ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ESIT ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ(ਵਾਂ) ਨੂੰ **ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ** ਕਿ ਉਹ ਮੇਰੇ ਜਨਤਕ ਲਾਭਾਂ ਅਤੇ ਨਿੱਜੀ ਬੀਮੇ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅਤੇ ਚੱਲ ਰਹੇ ਮੁਲਾਂਕਣਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਅਨੁਮਾਨਾਂ, ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੇ IFSP ਵਿੱਚ ਦਰਜ ਸਾਰੀਆਂ ਬਿੱਲਯੋਗ ESIT ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜੋ FCP ਦੇ ਅਧੀਨ ਹਨ ਲਈ ਕਲੇਮ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰ ਸਕਣ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੇਰੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਬਿਨਾ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਦੇ ਉਪਲਬਧ ਕਰਵਾਈਆਂ ਜਾਣਗੀਆਂ।

ਮੈਂ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਮੰਨਦਾ/ਮੰਨਦੀ ਹਾਂ ਕਿ:

- ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਮੇਰੇ ਜਨਤਕ ਲਾਭਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਤਬਦੀਲੀ ਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ESIT ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਇਸ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇਵਾਂਗਾ/ਦੇਵਾਂਗੀ।
- ਮੈਨੂੰ Medicaid / ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ Apple Health / CHIP ਲਈ ਸਾਇਨ ਅੱਪ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਸੀ।
- ਮੈਂ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ Apple Health / CHIP ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪ੍ਰੀਮਿਅਮ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹਾਂ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਆਪਣੇ ਜਨਤਕ ਲਾਭਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਮੇਰੀ ਨਿੱਜੀ ਪਛਾਣ ਯੋਗ ਜਾਣਕਾਰੀ Medicaid ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਜਨਤਕ ਲਾਭਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਨੂੰ ਇਨਕਾਰ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ Medicaid ਨਾਲ ਆਪਣੀ ਨਿੱਜੀ ਪਛਾਣ ਯੋਗ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ।

- ਜੇ ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਜਨਤਕ ਲਾਭ ਅਤੇ ਨਿੱਜੀ ਬੀਮਾ ਦੋਵੇਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਜਨਤਕ ਲਾਭਾਂ ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਬੀਮਾ ਕੈਰੀਅਰ ਤੋਂ ਲਾਗਤਾਂ ਦੀ ਭਰਪਾਈ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਰੇ ਲਈ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਹੋਰ ਲਾਗੂ ਹਿੱਸੇ ਵੀ ਭਰਨੇ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹਨ।

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ______________________________ ਜਨਮ ਮਿਤੀ______________

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ______________________________ ਜਨਮ ਮਿਤੀ______________