

**Система платежей и сборов ESIT (SOPAF). Согласие
семей, получающих Medicaid/Apple Health для детей CHIP
ESIT System of Payments and Fees (SOPAF) Consent
Families with Medicaid/Apple Health for Kids CHIP**

Дата _____ Агентство, предоставившее ESIT _____

Имя сотрудника FRC/ESIT _____ Номер телефона _____

Раздел А: Идентификационная информация

Юридическое имя ребенка _____ Дата рождения _____

Имя родителя/опекуна 1 _____ Телефон _____

Имя родителя/опекуна 2 _____ Телефон _____

Раздел В: Информация о страховке

Тип страховки	Название страховки	Номер полиса
Medicaid/ Apple Health для детей CHIP		
Частная страховка TRICARE		

Раздел С: Согласие на выставление счета Medicaid или Apple Health для детей CHIP (Отметьте все подходящие варианты)

Я даю разрешение моему поставщику услуг ESIT на подачу заявлений в Medicaid или Apple Health для детей CHIP для первоначальной и текущей оценки и/или анализа, а также на все оплачиваемые услуги ESIT, указанные в индивидуальном плане обслуживания семьи (IFSP) моего ребенка, с учетом участия семьи в расходах (FCP). Эти услуги будут предоставлены моей семье бесплатно.

Я отказываюсь от доступа к Medicaid или Apple Health для детей CHIP и понимаю, что в случае отказа я могу быть обязан(а) уплачивать ежемесячный взнос за участие.

Я имею страховку Medicaid и TRICARE или частную страховку и даю разрешение моему поставщику услуг ESIT подавать заявки на получение государственных льгот и частной страховки для первоначальной и текущей оценки и/или анализа, а также всех оплачиваемых услуг ESIT, предусмотренных индивидуальным планом IFSP моего ребенка, в соответствии с FCP. Эти услуги будут предоставлены моей семье бесплатно.

Настоящим я подтверждаю, что:

- В данной форме мною предоставлена точная и полная информация.
- Я обязуюсь уведомлять своего поставщика услуг ESIT о любых изменениях в моих государственных пособиях.
- Мне не было необходимости регистрироваться в программах Medicaid/Apple Health для детей/CHIP.
- Я несу ответственность за любые страховые взносы, связанные с моей программой Apple Health для детей/CHIP.
- Я понимаю, что, давая согласие на доступ к моим государственным пособиям, моя личная информация будет передана в Medicaid.
- Я понимаю, что могу отказаться в доступе к моим государственным пособиям и отказаться от передачи моей личной информации Medicaid.
- Если я получаю как государственные пособия, так и частную страховку, я понимаю, что мои государственные пособия имеют право возместить расходы у моей страховой компании. Я также понимаю, что мне необходимо заполнить другие соответствующие разделы этой формы.

Подпись родителя/опекуна

Подпись родителя/опекуна _____

Дата _____

Подпись родителя/опекуна _____

Дата _____