

తేదీ _____ ESIT వర్షాధార ఎజెండీస _____

FRC/ESIT సేవలను పేరు _____ ఫోన్ నంబర్ _____

సెక్షన్ A: సమాచార నమోదు

వీల్ చట్టపత్రం పేరు _____ పట్టణం _____

తల్లి పేరు 1 _____ ఫోన్ _____

తల్లి పేరు 2 _____ ఫోన్ _____

సెక్షన్ B: బీమా సమాచారం

భీమా రకం	భీమా పేరు	పాలసీ నంబర్
Medicaid/ Apple Health for Kids CHIP		
TRICARE వైద్య బీమా		

సెక్షన్ C: బిల్లెడ్ Medicaid లేదా Apple Health for Kids CHIPకు సమ్మతి (వర్తించని సందర్భాలకు)

నా ESIT సర్వీస్ ప్రొవైడర్ (లు) Medicaid లేదా Apple Health for Kids CHIPకి వ్యతిరేకంగా మరొక మర్యాదను గుర్తు చేసి మూల యతనం మర్యాద లేదా అంచనా కేసుకు కేసు సమర్పించడం నష్టం మరియు నా వీల్ వ్యతిరేకంగా కుటుంబ సేవ షో షా (IFSP) అనిన బిల్ చేయదగిన ESIT సేవలను కుటుంబం ఖర్చుకు లెబ్ డి రిజిస్ట్రేషన్ (FCP) కి అనుమతి ఇవ్వడం నష్టం అనుమతి ఇస్తున్నాను. ఈ సేవలు నా కుటుంబం నష్టం వంటివి అందించబడతాయి.

నేను Medicaid లేదా Apple Health for Kids CHIPకి యా నష్టం నివారించుకున్నాను మరియు యా నష్టం తీరని సందర్భాలకు నా సేవ రిజిస్ట్రేషన్ రుసుముకు నేను బాధ్యత వహించవచ్చునని అంగీకరిస్తున్నాను.

నాకు Medicaid మరియు TRICARE లేదా ప్రైవేట్ బీమా రెండూ ఉన్నాయి మరియు నా పబ్లిక్ బెనీఫిట్ మర్యాద వైద్య బీమా కు వ్యతిరేకంగా మరొక మర్యాదను గుర్తు చేసి మూల యతనం మర్యాద లేదా అంచనా కేసుకు కేసు సమర్పించడం నష్టం మరియు నా వీల్ IFSP అనిన బిల్ చేయదగిన ESIT సేవలకు FCPకి లెబ్ డి అనుమతి ఇవ్వడం నష్టం అనుమతి ఇస్తున్నాను. ఈ సేవలు కుటుంబం నష్టం వంటివి అందించబడతాయి.

నేను ఇందుకంటే సమ్మతిస్తున్నాను:

- ఈ ఫర్మేషన్లు ఖచ్చితమైన మరియు పూర్తి సమాచారం అందించినవి.
- నా షో షా షేడ్యూల్ జనరల్ లిస్ట్ లో ఉన్న మర్యాదలుంటే నా ESIT ప్రొవైడర్ కు అనుమతి ఇవ్వడం నష్టం అంగీకరిస్తున్నాను.
- నేను Medicaid/Apple Health for Kids/CHIP కేసు నుండి అవ్వవలసిన అవసరం లేదు.
- నా Apple Health for Kids/CHIP కేసు సందర్భాల్లో ఉన్న వ్యతిరేకంగా నేను బాధ్యత వహించను.
- నా షో షా షేడ్యూల్ జనరల్ లిస్టు యా నష్టం తీరని సందర్భాలకు నా వ్యతిరేకంగా గుర్తించదగిన సమాచారం Medicaid తో పంచుకోబడుతుంది అని అంగీకరిస్తున్నాను.
- నా షో షా షేడ్యూల్ జనరల్ లిస్టు యా నష్టం తీరని సందర్భాలకు నా వ్యతిరేకంగా గుర్తించదగిన సమాచారం నా Medicaid తో పంచుకోవడం నష్టం తీరని సందర్భాలకు నా అంగీకరిస్తున్నాను.
- నాకు షో షా షేడ్యూల్ జనరల్ లిస్టు యా నష్టం తీరని సందర్భాలకు నా బీమా కంపెనీ నుండి ఖర్చులను తీర్చేందుకు హామీ ఇవ్వడం అంగీకరిస్తున్నాను. ఈ ఫర్మేషన్లు వర్తించని విధానాలను కూడా నేను పూర్తిగా అంగీకరిస్తున్నాను.

తల్లి పేరు/ సంరక్షకుల సంతకం (లు)

తల్లి పేరు/ సంరక్షకుల సంతకం _____ తేదీ _____

తల్లి పేరు/ సంరక్షకుల సంతకం _____ తేదీ _____