Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

குழந்தைகள் CHIP-க்கான Medicaid/Apple Health உள்ள குடும்பங்களுக்கு கொடுப்பனவுகள் மற்றும் கட்டணங்களின் ESIT அமைப்பு (SOPAF) ஒப்புதல்

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

தேதி ____________ ESIT வழங்கும் முகமை ______________________________

FRC/ESIT அலுவலர் பெயர் ______________________ தொலைபேசி எண்______________

பிரிவு A: அடையாளம் காணும் தகவல்கள்

குழந்தையின் சட்டப்பூர்வப் பெயர் ______________________ பிறந்த தேதி______________

பெற்றோர்/பாதுகாப்பாளரின் பெயர் 1 ____________________ பிறந்த தேதி______________

பெற்றோர்/பாதுகாப்பாளரின் பெயர் 2 ____________________ பிறந்த தேதி______________

பிரிவு B: காப்பீட்டுத் தகவல்கள்

காப்பீட்டு வகை	காப்பீட்டின் பெயர்	பாலிசி எண்
குழந்தைகள் CHIP-க்கான Medicaid/Apple Health		
TRICARE தனிப்பட்ட காப்பீடு		

பிரிவு C: Medicaid அல்லது குழந்தைகள் CHIP-க்கான Apple Health பில் செய்ய ஒப்புதல் (பொருந்தக்கூடிய அனைத்தையும் தேர்வுசெய்க)

☐ எனது ESIT சேவை வழங்குநர்(கள்) Medicaid அல்லது குழந்தைகள் CHIP-க்கான Apple Health-க்கு ஆரம்பகட்ட மற்றும் தொடரும் மதிப்பீடு மற்றும்/அல்லது மதிப்பாய்வுக்காகவும் மற்றும் குடும்பத்தின் செலவு பங்கேற்பு (FCP)-க்கு உட்பட்ட எனது குழந்தையின் தனிப்பட்ட குடும்பச் சேவைத் திட்டம் (IFSP) பில் செய்யத்தக்க அனைத்து ESIT சேவைகளுக்கும் உரிமைகோரல்களைச் சமர்ப்பிக்கவும் **நான் அனுமதியளிக்கிறேன்**. இந்தச் சேவைகள் எந்தச் செலவுமின்றி எனது குடும்பத்துக்கு வழங்கப்படும்.

☐ Medicaid அல்லது குழந்தைகள் CHIP-க்கான Apple Health-க்கான அணுகலை **நான் நிராகரிக்கிறேன்**, அத்துடன் அணுகலை நிராகரிப்பதால் மாதாந்திர பங்கேற்புக் கட்டணத்துக்கு நான் பொறுப்பாகக் கூடும் என்பதைப் புரிந்துகொள்கிறேன்.

☐ **என்னிடம் Medicaid மற்றும் TRICARE அல்லது தனிப்பட்ட காப்பீடு உள்ளது.** எனது ESIT சேவை வழங்குநர்கள் எனது பொதுப் பலன்களுக்காகவும் தனிப்பட்ட காப்பீட்டுக்காகவும் ஆரம்பகட்ட மற்றும் நடைபெறக்கூடிய மதிப்பீடு மற்றும்/அல்லது மதிப்பாய்வுக்காக மற்றும் FCP -க்கு உட்பட்ட எனது குழந்தையின் IFSP மீதான அனைத்து பில் செய்யத்தக்க ESIT சேவைகளுக்கும் உரிமைகோரல்களைச் சமர்ப்பிக்க நான் அனுமதியளிக்கிறேன். இந்தச் சேவைகள் எந்தச் செலவுமின்றி எனது குடும்பத்துக்கு வழங்கப்படும்.

நான் இங்ஙனம் உறுதியளிக்கிறேன்:

- இந்தப்படிவத்தில் நான் வழங்கியுள்ள தகவல்கள் துல்லியமானவை மற்றும் முழுமையானவை.

- எனது பொதுப் பலன்களில் ஏதேனும் மாற்றங்கள் இருப்பின் எனது ESIT வழங்குநருக்குத் தெரியப்படுத்த ஒப்புக்கொள்கிறேன்.
- Medicaid/Apple Health for Kids/CHIP -க்கு பதிவுசெய்யும் தேவையில்லை.
- எனது Apple Health for Kids/CHIP தொடர்பான ஏதேனும் பிரீமியங்களுக்கு நானே பொறுப்பு.
- எனது பொதுப் பலன்களை அணுகச் சம்மதிப்பதன் மூலம் எனது தனிப்பட்டு அடையாளம் காணத்தக்க தகவல்கள் Medicaid உடன் பகிரப்படும் என்பதைப் புரிந்துகொள்கிறேன்.
- எனது பொதுப் பலன்களுக்கான அணுகலை மறுக்கவும் Medicaid உடன் எனது தனிப்பட்டு அடையாளம் காணக்கூடிய தகவல்களைப் பகிர்வதை மறுக்கவும் என்னால் முடியும் என்பதைப் புரிந்துகொள்கிறேன்.
- எனக்கு பொதுப் பலன்கள், தனிப்பட்ட காப்பீடு என இரண்டும் இருந்தால் - எனது பொதுப் பலன்கள் எனது காப்பீட்டு நிறுவனத்திடமிருந்து செலவுகளை ஈடுசெய்யும் உரிமையைப் பெற்றுள்ளதைப் புரிந்துகொள்கிறேன். இந்தப் படிவத்திலுள்ள பிற பொருந்தக்கூடிய பிரிவுகளையும் நான் பூர்த்திசெய்ய வேண்டும் என்பதையும் நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.

பெற்றோர்/பாதுகாப்பாளரின் கையொப்பம்(கள்)

பெற்றோர்/பாதுகாப்பாளரின் கையொப்பம் ______________________ பிறந்த தேதி_____________

பெற்றோர்/பாதுகாப்பாளரின் கையொப்பம் ______________________ பிறந்த தேதி_____________