# ESIT کے ادائیگیوں اور فیسوں کے نظام (SOPAF) کی رضامندی
# Medicaid/Apple Health for Kids CHIP کے حامل خاندان
# ESIT System of Payments and Fees (SOPAF) Consent
# Families with Medicaid/Apple Health for Kids CHIP

Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

تاریخ__________ ESIT فراہم کنندہ ایجنسی ______________________________________

FRC/ESIT کے عملے کا نام______________________________ فون نمبر______________

## سیکشن A: شناختی معلومات

بچے کا قانونی نام______________________________ تاریخِ پیدائش______________

والد/والدہ/سرپرست کا نام 1______________________________ تاریخِ پیدائش______________

والد/والدہ/سرپرست کا نام 2______________________________ تاریخِ پیدائش______________

## سیکشن B: انشورنس کی معلومات

| انشورنس کی قسم | انشورنس کا نام | پالیسی نمبر |
|---|---|---|
| Medicaid/ Apple Health for Kids CHIP | | |
| TRICARE نجی انشورنس | | |

## سیکشن C: Medicaid یا Apple Health for Kids CHIP کے لیے بل کاری کی رضامندی (تمام قابل اطلاق پر نشان لگائیں)

☐ میں اپنے ESIT خدمت فراہم کنندہ (فراہم کنندگان) کو **اجازت دیتا/دیتی ہوں** کہ وہ میرے بچے کے انفرادی خاندانی خدمات کے منصوبے (IFSP) کے تحت، جو خاندانی مصارف میں شراکت داری (FCP) کے تابع ہے، ابتدائی اور جاری تشخیص اور/یا جائزے اور تمام قابلِ بل ESIT خدمات کے لیے Medicaid یا Apple Health for Kids CHIP کو دعوے جمع کروائے۔ یہ خدمات میرے خاندان کو بلا معاوضہ فراہم کی جائیں گی۔

☐ میں Medicaid یا Apple Health for Kids CHIP تک رسائی سے **انکار کرتا/کرتی** ہوں، اور رسائی سے انکار کی صورت میں، میں یہ بات سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے ماہانہ شرکت کی فیس کی ادائیگی کی ذمہ داری قبول کرنا پڑ سکتی ہے۔

☐ **میرے پاس Medicaid اور TRICARE یا نجی انشورنس دونوں موجود ہیں، اور میں اپنے ESIT خدمت فراہم کنندہ (فراہم کنندگان) کو اجازت دیتا/دیتی** ہوں کہ وہ میرے بچے کے IFSP کے تحت، جو FCP کے تابع ہے، ابتدائی اور جاری تشخیص اور/یا جائزے اور تمام قابلِ بل ESIT خدمات کے لیے میرے عوامی فوائد اور نجی انشورنس کو دعوے جمع کروائے۔ یہ خدمات میرے خاندان کو بلا معاوضہ فراہم کی جائیں گی۔

**میں بذریعہ ہذا تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ:**

- میں اس فارم میں فراہم کردہ معلومات کو درست اور مکمل قرار دیتا/دیتی ہوں۔
- میں اس بات پر رضامند ہوں کہ اپنے عوامی فوائد میں کسی بھی قسم کی تبدیلیوں کی صورت میں اپنے ESIT فراہم کنندہ کو مطلع کروں گا/گی۔
- مجھ پر Medicaid/Apple Health for Kids/CHIP میں اندراج کروانے کی پابندی نہیں تھی۔
- میں اپنے Apple Health for Kids/CHIP سے متعلقہ کسی بھی پریمیمز کا خود ذمہ دار ہوں۔
- میں یہ بات سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ عوامی فوائد تک رسائی کی رضامندی دینے سے میری ذاتی شناختی معلومات Medicaid کے ساتھ شیئر کی جائیں گی۔
- میں یہ بات سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں اپنے عوامی فوائد تک رسائی دینے سے انکار کر سکتا/سکتی ہوں اور اپنی ذاتی شناختی معلومات Medicaid کے ساتھ شیئر کرنے سے بھی انکار کر سکتا/سکتی ہوں۔
- اگر میرے پاس عوامی فوائد اور نجی انشورنس دونوں موجود ہوں - میں یہ بات سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میرے عوامی فوائد کو میرے انشورنس فراہم کنندہ سے اخراجات کی واپسی کا حق حاصل ہے۔ میں یہ بات بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے اس فارم کے دیگر قابلِ اطلاق سیکشنز بھی مکمل کرنے ہوں گے۔

## والد/والدہ/سرپرست کے دستخط

والد/والدہ/سرپرست کے دستخط______________________________ تاریخِ پیدائش______________

والد/والدہ/سرپرست کے دستخط______________________________ تاریخِ پیدائش______________