

**Chấp thuận về Hệ thống Thanh toán và Lệ phí (SOPAF) của ESIT
Dành cho các gia đình có Medicaid/Apple Health cho Trẻ em CHIP
ESIT System of Payments and Fees (SOPAF) Consent
Families with Medicaid/Apple Health for Kids CHIP**

Ngày _____ Cơ quan Cung cấp Dịch vụ ESIT _____

Tên Nhân viên FRC/ESIT _____ Số Điện thoại _____

Mục A: Thông tin Nhận dạng

Tên hợp pháp của Trẻ _____ Ngày sinh _____

Tên Cha mẹ/Người giám hộ 1 _____ Điện thoại _____

Tên Cha mẹ/Người giám hộ 2 _____ Điện thoại _____

Mục B: Thông tin Bảo hiểm

Loại Bảo hiểm	Tên Bảo hiểm	Số hợp đồng
Medicaid/ Apple Health cho Trẻ em CHIP		
Bảo hiểm TRICARE/Bảo hiểm Tư nhân		

Mục C: Chấp thuận Thanh toán cho Medicaid hoặc Apple Health cho Trẻ em CHIP (Đánh dấu vào tất cả các ô thích hợp)

Tôi cho phép (các) Nhà Cung cấp Dịch vụ ESIT của tôi gửi yêu cầu thanh toán đến Medicaid hoặc Apple Health cho Trẻ em CHIP cho việc đánh giá ban đầu và định kỳ và/hoặc thăm định và tất cả các dịch vụ ESIT có thể thanh toán trong Kế hoạch Dịch vụ Gia đình Cá nhân hóa (IFSP) của con tôi tùy thuộc vào Sự tham gia chi trả chi phí của gia đình (FCP). Các dịch vụ này sẽ được cung cấp miễn phí cho gia đình tôi.

Tôi từ chối sử dụng Medicaid hoặc Apple Health cho Trẻ em CHIP, và khi từ chối sử dụng, tôi hiểu rằng tôi có thể phải chịu một khoản phí tham gia hàng tháng.

Tôi có cả Medicaid và TRICARE hoặc bảo hiểm tư nhân và cho phép (các) Nhà Cung cấp Dịch vụ ESIT của tôi gửi yêu cầu thanh toán đến các chương trình phúc lợi công và bảo hiểm tư nhân của tôi cho việc đánh giá và/hoặc thăm định ban đầu và định kỳ, và tất cả các dịch vụ ESIT có thể thanh toán trong IFSP của con tôi tùy thuộc vào FCP. Các dịch vụ này sẽ được cung cấp miễn phí cho gia đình tôi.

Tôi xin xác nhận rằng:

- Tôi đã cung cấp thông tin trên biểu mẫu này một cách chính xác và đầy đủ.
- Tôi đồng ý thông báo cho Nhà Cung cấp Dịch vụ ESIT của mình về bất kỳ thay đổi nào trong các phúc lợi công của tôi.
- Tôi không bị yêu cầu đăng ký Medicaid/Apple Health cho Trẻ em/CHIP.
- Tôi chịu trách nhiệm cho bất kỳ khoản phí bảo hiểm nào liên quan đến Apple Health cho Trẻ em/CHIP của tôi.
- Tôi hiểu rằng bằng việc chấp thuận sử dụng các phúc lợi công của mình, thông tin nhận dạng cá nhân của tôi sẽ được chia sẻ với Medicaid.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối sử dụng các phúc lợi công của mình và từ chối chia sẻ thông tin nhận dạng cá nhân của tôi với Medicaid.
- Nếu tôi có cả phúc lợi công và bảo hiểm tư nhân - Tôi hiểu rằng chương trình phúc lợi công của tôi có quyền thu hồi chi phí từ hãng bảo hiểm của tôi. Tôi cũng hiểu rằng tôi cũng phải hoàn thành các mục áp dụng khác trên biểu mẫu này.

Chữ ký của Cha mẹ/Người giám hộ

Chữ ký của Cha mẹ/Người giám hộ _____ Ngày sinh _____

Chữ ký của Cha mẹ/Người giám hộ _____ Ngày sinh _____