Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

الموافقة على نظام المدفوعات والرسوم (SOPAF) في برنامج التدخل المبكر لخدمات الرضع والأطفال الصغار (ESIT)
العائلات التي لديها تأمين TRICARE أو تأمين خاص أو بدون تأمين
ESIT System of Payments and Fees (SOPAF) Consent
Families With Tricare, Private Insurance, or No Insurance

التاريخ____________ وكالة توفير برنامج التدخل المبكر لخدمات الرضع والأطفال الصغار (ESIT)______________________

منسق موارد العائلة/موظف برنامج ESIT: الاسم____________________________ رقم الهاتف____________

القسم (أ): معلومات تحديد الهوية

الاسم القانوني للطفل____________________________ تاريخ الميلاد____________

اسم الوالد/الوصي 1____________________________ رقم الهاتف____________

اسم الوالد/الوصي 2____________________________ رقم الهاتف____________

القسم (ب): معلومات التأمين

نوع التأمين	اسم التأمين	رقم الوثيقة

القسم (ج): الموافقة على إرسال المطالبات للتأمين (ضع علامة على كل ما ينطبق أو انتقل إلى القسم (د) إذا لم يكن لديك تأمين)

أوافق على أن يقوم موفر خدمات برنامج التدخل المبكر لخدمات الرضع والأطفال الصغار (ESIT) الخاص بي بتقديم المطالبات إلى TRICARE و/أو التأمين الخاص من أجل التقييمات والفحوصات الأولية والمستمرة لتحديد أهلية طفلي لخدمات ESIT، وأدرك أنني لن أكون مسؤولاً عن أي مدفوعات مشاركة أو تأمين مشترك أو مبالغ مقتطعة.

أمنح موافقتي على أن يقوم موفر خدمات برنامج التدخل المبكر لخدمات الرضع والأطفال الصغار (ESIT) الخاص بي بتقديم المطالبات إلى TRICARE و/أو التأمين الخاص للخدمات المدرجة في خطة الخدمات العائلية الفردية (IFSP) لطفلي، وفقًا للمشاركة الأسرية في التكاليف ((FCP، وأدرك أنني سأكون مسؤولاً عن أي مدفوعات مشاركة أو تأمين مشترك أو مبالغ مقتطعة ما لم يثبت أنني غير قادر على الدفع أو تم منحي إعفاء بسبب صعوبة مالية.

أو

أرفض استخدام TRICARE و/أو التأمين الخاص للتقييمات والفحوصات الأولية والمستمرة لتحديد أهلية طفلي لخدمات ESIT، وأدرك أنني لن أكون مسؤولاً عن أي مدفوعات مشاركة أو تأمين مشترك أو مبالغ مقتطعة.

أرفض استخدام TRICARE و/أو التأمين الخاص للخدمات المدرجة في خطة IFSP لطفلي وفقًا للمشاركة الأسرية في التكاليف ((FCP، وأدرك أنني سأكون مسؤولاً عن رسوم مشاركة شهرية ما لم يثبت أنني غير قادر على الدفع أو تم منحي إعفاء بسبب صعوبة مالية.

و

. لقد تم إعلامي بأنني قد أتحمل التكاليف التالية نتيجة لاستخدام TRICARE و/أو التأمين الخاص للتقييمات والفحوصات، والخدمات في خطة IFSP لطفلي وفقًا للمشاركة الأسرية في التكاليف ((FCP، مثل:

المدفوعات المشتركة، أو التأمين المشترك، أو الأقساط، أو المبالغ المقتطعة،

فقدان المزايا بسبب حدود التأمين السنوي أو مدى الحياة،

الاحتمالات النادرة التالية:

أن استخدام التأمين قد يؤثر سلبًا على توفر التغطية، أو

أن التغطية قد تتوقف، أو

أن الأقساط قد تتأثر.

لقد تم إعلامي أن الفائت العامة للتكاليف قد تزيد نتيجة زيادة وتيرة/مدة/فترة/كثافة الخدمات، إذا تم استخدام TRICARE و/أو التأمين الخاص لدفع الخدمات في خطة IFSP لطفلي وفقًا للمشاركة الأسرية في التكاليف (FCP).

لقد تم إعلامي أنه في حال رغبتي في الحصول على تقدير مفصل للتكاليف المحتملة، يمكنني طلب المساعدة من منسق موارد العائلة (FRC) للحصول على هذه المعلومات أو التواصل مباشرة مع مزود التأمين الخاص بي.

القسم (د): بدون تأمين (ضع علامة على كل ما ينطبق أو انتقل إلى القسم (هـ) إذا تم الانتهاء من القسم (ج))

ليس لدى عائلتي تأمين، **وأدرك** ما يلي:

سيتم تقديم التقييمات والفحوصات الأولية والمستمرة بدون تكلفة على عائلتي.

قد أكون مسؤولاً عن رسوم مشاركة شهرية للخدمات المدرجة في خطة IFSP لطفلي وفقًا للمشاركة الأسرية في التكاليف (FCP)، ما لم يثبت أنني غير قادر على الدفع أو تم منحي إعفاء بسبب صعوبة مالية.

القسم هـ: القدرة على الدفع

أدرك أن لدي الحق في طلب البت في القدرة على الدفع، وإذا تم رفض طلبي، سأكون مسؤولاً عن المدفوعات المشتركة، والتأمين المشترك، والمبالغ المقتطعة. أفهم أنه إذا تم رفض طلبي مبدئيًا، يمكنني طلب إعادة تقييم القدرة على الدفع في أي وقت.

أطلب إجراء تقييم للقدرة على الدفع.

أرفض إجراء تقييم للقدرة على الدفع.

أؤكد بموجبه على ما يلي:

- أنني قدمت معلومات دقيقة وكاملة في هذا النموذج.
- أنني أوافق على إخطار موفر خدمات برنامج التدخل المبكر لخدمات الرضع والأطفال الصغار (ESIT) بأي تغييرات في تغطيتي التأمينية.
- أنني مسؤول عن أي أقساط مرتبطة ببرنامج TRICARE أو التأمين الخاص.
- شرح لي منسق موارد العائلة (FRC) نظام المدفوعات والرسوم (SOPAF) وقد زودني بنسخة من سياسة هذا النظام.
- إذا كنت أتمتع بمزايا عامة وأخرى تابعة لتأمين خاص، فإنني أدرك أنه للجهة الموفرة للمزايا العامة الحق في استرداد التكاليف من مزوّد التأمين الخاص.

توقيع(ات) الوالد/الوصي:

توقيع ولي الأمر/الوصي ______________________________ التاريخ______________

توقيع ولي الأمر/الوصي ______________________________ التاريخ______________