Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

ຫນັງສືຍິນຍອມລະບົບການຊໍາລະເງິນ ແລະ ຄ່າທໍານຽມຂອງ ESIT (SOPAF) ຄອບຄົວທີ່ມີ Tricare, ປະກັນເອກະຊົນ, ຫຼື ບໍ່ມີປະກັນ

ESIT System of Payments and Fees (SOPAF) Consent

Families With Tricare, Private Insurance, or No Insurance

ວັນທີ ________________ ຕົວແທນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ESIT ____

ຊື່ພະນັກງານ FRC/ESIT ________________________________ ເບີໂທລະສັບ____________________

ພາກ A: ຂໍ້ມູນລະບຸຕົວຕົນ

ຊື່ຕາມກົດໝາຍຂອງເດັກ ________________________________ ວັນເດືອນປີເກີດ__________________

ຊື່ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ 1 ________________________________ ເບີໂທລະສັບ__________________

ຊື່ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ 2 ________________________________ ເບີໂທລະສັບ__________________

ພາກ B: ຂໍ້ມູນປະກັນໄພ

ປະເພດຂອງປະກັນໄພ	ຊື່ປະກັນໄພ	ໝາຍເລກນະໂຍບາຍ

ພາກ C: ຍິນຍອມໃນການຮ້ອງຂໍເງິນຈາກປະກັນ (ເລືອກທຸກຂໍ້ທີ່ເໝາະສົມ ຫຼື ຂ້າມໄປພາກ D ຖ້າທ່ານບໍ່ມີປະກັນ)

ຂ້ອຍໃຫ້ອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ESIT ຂອງຂ້ອຍ ສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງການຊໍາລະເງິນຕໍ່ TRICARE ແລະ/ຫຼື ປະກັນເອກະຊົນ ຂອງຂ້ອຍ ສໍາລັບການປະເມີນເບື້ອງຕົ້ນ ແລະ ການປະເມີນທີ່ກໍາລັງດໍາເນີນຢູ່ ເພື່ອກໍານົດວ່າລູກຂ້ອຍມີສິດໄດ້ຮັບບໍລິການ ESIT ຫຼືບໍ່ ແລະຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຂ້ອຍຈະບໍ່ຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່າງໆບໍ່ວ່າຈະເປັນການຊໍາລະຮ່ວມ, ຄ່າປະກັນຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນທໍາອິດ.

ຂ້ອຍໃຫ້ອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ESIT ຂອງຂ້ອຍ ສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງການຊໍາລະເງິນຕໍ່ TRICARE ແລະ/ຫຼື ປະກັນເອກະຊົນ ສໍາລັບການບໍລິການຕາມແຜນບໍລິການຄອບຄົວລາຍບຸກຄົນ (IFSP) ຂອງລູກຂ້ອຍ ທີ່ມີການມີສ່ວນຮ່ວມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງຄອບຄົວ (FCP) ແລະ ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຂ້ອຍຈະຮັບຜິດຊອບຄ່າຊໍາລະຮ່ວມ, ຄ່າປະກັນຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນທໍາອິດ ເວັ້ນແຕ່ຂ້ອຍຖືກກໍານົດວ່າບໍ່ມີຄວາມສາມາດໃນການຈ່າຍຫຼືໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໃຫ້ຍົກເວັ້ນເນື່ອງຈາກຄວາມລໍາບາກ.

ຫຼື

ຂ້ອຍຂໍປະຕິເສດການໃຊ້ TRICARE ແລະ/ຫຼື ປະກັນເອກະຊົນ ຂອງຂ້ອຍ ສໍາລັບການປະເມີນເບື້ອງຕົ້ນ ແລະ ການປະເມີນທີ່ກໍາລັງດໍາເນີນຢູ່ ເພື່ອກໍານົດວ່າລູກຂ້ອຍມີສິດໄດ້ຮັບບໍລິການ ESIT ຫຼືບໍ່ ແລະຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຂ້ອຍຈະບໍ່ຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່າງໆບໍ່ວ່າຈະເປັນການຊໍາລະຮ່ວມ, ຄ່າປະກັນຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນທໍາອິດ.

ຂ້ອຍຂໍປະຕິເສດການໃຊ້ TRICARE ແລະ/ຫຼື ປະກັນເອກະຊົນ ສໍາລັບການບໍລິການຕາມແຜນບໍລິການຄອບຄົວລາຍບຸກຄົນ (IFSP) ຂອງລູກຂ້ອຍ ທີ່ມີການມີສ່ວນຮ່ວມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງຄອບຄົວ (FCP) ແລະ ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຂ້ອຍຈະຮັບຜິດຊອບຄ່າຊໍາລະຮ່ວມ, ຄ່າປະກັນຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນທໍາອິດ ເວັ້ນແຕ່ຂ້ອຍຖືກກໍານົດວ່າບໍ່ມີຄວາມສາມາດໃນການຈ່າຍຫຼືໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໃຫ້ຍົກເວັ້ນເນື່ອງຈາກຄວາມລໍາບາກ.

ແລະ

. ຂ້ອຍໄດ້ຮັບການແຈ້ງໃຫ້ຮູ້ກ່ຽວກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປະເພດທົ່ວໄປທີ່ຄອບຄົວຂອງຂ້ອຍອາດຈະເກີດຂຶ້ນເພາະການໃຊ້ TRICARE ແລະ/ຫຼື ປະກັນເອກະຊົນ ສໍາລັບການປະເມີນ ແລະ ການປະເມີນຄວາມສາມາດ ແລະ ບໍລິການຕາມແຜນບໍລິການຄອບຄົວລາຍບຸກຄົນ (IFSP) ຂອງລູກຂ້ອຍ ທີ່ມີການມີສ່ວນຮ່ວມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ (FCP) ເຊັ່ນ:

ຄ່າການຊໍາລະຮ່ວມ, ຄ່າປະກັນຮ່ວມ, ຄ່າເບ້ຍປະກັນ ຫຼື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນທໍາອິດ,

ການສູນເສຍສິດປະໂຫຍດເນື່ອງຈາກການຈໍາກັດວົງເງິນປະກັນລາຍປີ ຫຼື ລາຍຕະຫຼອດຊີບ,

ຄວາມເປັນໄປໄດ້ທີ່ບໍ່ຄ່ອຍເກີດຂຶ້ນ:

ການໃຊ້ປະກັນອາດຈະມີຜົນເສຍຕໍ່ຄວາມພ້ອມຂອງການຄຸ້ມຄອງ,

ການຄຸ້ມຄອງອາດຖືກຍົກເລີກ ແລະ/ຫຼື

ຄ່າເບ້ຍປະກັນອາດຈະມີການປ່ຽນແປງ.

ຂ້ອຍໄດ້ຮັບການແຈ້ງໃຫ້ຮູ້ວ່າ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປະເພດທົ່ວໄປອາດຈະເພີ່ມຂຶ້ນເນື່ອງຈາກການເພີ່ມຄວາມຖີ່/ຊ່ວງເວລາ/ໄລຍະເວລາ/ຄວາມເຂັ້ມຂົ້ນຂອງການບໍລິການ ເມື່ອຂ້ອຍໃຊ້ TRICARE ແລະ/ຫຼື ປະກັນເອກະຊົນຂອງຂ້ອຍເພື່ອຊໍາລະຄ່າບໍລິການຕາມແຜນບໍລິການຄອບຄົວລາຍບຸກຄົນ (IFSP) ຂອງລູກ ທີ່ມີການມີສ່ວນຮ່ວມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ (FCP).

ຂ້ອຍໄດ້ຮັບການແຈ້ງໃຫ້ຮູ້ວ່າ ຖ້າຂ້ອຍຕ້ອງການການປະເມີນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຢ່າງລະອຽດ ຂ້ອຍສາມາດຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຜູ້ປະສານງານຊັບພະຍາກອນຄອບຄົວ (FRC) ເພື່ອຊ່ວຍໃນການຂໍຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວ ຫຼືຂ້ອຍສາມາດຕິດຕໍ່ບໍລິສັດປະກັນໂດຍກົງ.

ພາກ D: ຍິນຍອມໃນການຮ້ອງຂໍເງິນຈາກປະກັນ (ເລືອກທຸກຂໍ້ທີ່ເໝາະສົມ ຫຼື ຂ້າມໄປພາກ E ຖ້າທ່ານຕື່ມພາກ C ຄົບຖ້ວນແລ້ວ)

ຄອບຄົວຂອງຂ້ອຍບໍ່ມີປະກັນ ແລະ **ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ:**

ການປະເມີນຜົນເບື້ອງຕົ້ນ ແລະ ການປະເມີນທີ່ກຳລັງດຳເນີນການ ຈະໄດ້ຮັບໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບຄອບຄົວຂອງຂ້ອຍ.

ຂ້ອຍອາດຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຄ່າທຳນຽມລາຍເດືອນໃນການເຂົ້າຮ່ວມຮັບບໍລິການຕາມແຜນບໍລິການຄອບຄົວສ່ວນບຸກຄົນ (IFSP) ຂອງລູກຂ້ອຍ ຕາມເງື່ອນໄຂຂອງການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງຄອບຄົວ (FCP) ເວັ້ນແຕ່ຂ້ອຍຖືກກຳນົດວ່າບໍ່ມີຄວາມສາມາດໃນການຈ່າຍຫຼືໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໃຫ້ຍົກເວັ້ນເນື່ອງຈາກຄວາມລຳບາກ.

ພາກ E: ຄວາມສາມາດໃນການຊຳລະ

ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຂ້ອຍມີສິດໃນການຂໍຮັບການພິຈາລະນາຄວາມສາມາດໃນການຊໍາລະ ແລະຖ້າບໍ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ ຂ້ອຍຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຄ່າຊໍາລະຮ່ວມ, ຄ່າປະກັນຮ່ວມ, ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນທຳອິດ ດ້ວຍຕົນເອງ. ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຖືກປະຕິເສດໃນຕອນແລກ ຂ້ອຍສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບການພິຈາລະນາຄວາມສາມາດໃນການຊໍາລະໄດ້ທຸກເວລາ

ຂ້ອຍຮ້ອງຂໍຮັບການພິຈາລະນາຄວາມສາມາດໃນການຊໍາລະ.

ຂ້ອຍປະຕິເສດການພິຈາລະນາຄວາມສາມາດໃນການຊໍາລະ.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢືນຢັນວ່າ:

- ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແບບຟອມນີ້ທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງທີ່ຈະແຈ້ງໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ESIT ຂອງຂ້ອຍກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໆໃນການຄຸ້ມຄອງຂອງຂ້ອຍ.
- ຂ້ອຍເປັນຜູ້ຮັບຜິດຊອບຄ່າເບ້ຍປະກັນທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ TRICARE ຫຼື ປະກັນໄພເອກກະຊົນຂອງຂ້ອຍ.
- ພະນັກງານ FRC ຂອງຂ້ອຍໄດ້ອະທິບາຍກ່ຽວກັບ SOPAF ໃຫ້ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈ ແລະໄດ້ມອບສຳເນົານະໂຍບາຍ SOPAF ໃຫ້ຂ້ອຍແລ້ວ.
- <u>ຖ້າຂ້ອຍມີທັງສິດປະໂຫຍດລັດ ແລະ ເອກະຊົນ.</u> ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ ສິດປະໂຫຍດລັດຂອງຂ້ອຍມີສິດໃນການຮຽກກູ້ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈາກບໍລິສັດປະກັນຂອງຂ້ອຍ.

ລາຍເຊັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ

ລາຍເຊັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ ______________________________ ວັນທີ ______________

ລາຍເຊັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ ______________________________ ວັນທີ ______________