Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

ESIT کے ادائیگیوں اور فیسوں کے نظام (SOPAF) کی رضامندی
وہ خاندان جن کے پاس TRICARE، نجی انشورنس ہے، یا کوئی انشورنس نہیں ہے
ESIT System of Payments and Fees (SOPAF) Consent
Families With Tricare, Private Insurance, or No Insurance

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 ____ فون ____________________

والد/والدہ/سرپرست کا نام 2 ____ فون ____________________

سیکشن B: انشورنس کی معلومات

انشورنس کی قسم	انشورنس کا نام	پالیسی نمبر

سیکشن C: انشورنس کی بل کاری کی اجازت (تمام قابل اطلاق نشان زد کریں یا اگر آپ کے پاس انشورنس نہیں ہے تو سیکشن D پر جائیں)

میں اپنے ESIT سروس فراہم کنندہ (سروس فراہم کنندگان) کو **اجازت دیتا/دیتی ہوں** کہ وہ میرے TRICARE اور/یا نجی انشورنس پر ابتدائی اور جاری تشخیصات و جائزوں کے لیے دعوے جمع کروائے تاکہ میرے بچے کی ESIT خدمات کے لیے اہلیت کا تعین کیا جا سکے، اور مجھے اس بات کا علم ہے کہ میں کسی بھی مشترکہ ادائیگیوں، مشترکہ انشورنس، یا کٹوتیوں کے لیے ذمہ دار نہیں ہوں گا/گی۔

میں اپنے ESIT سروس فراہم کنندہ (فراہم کنندگان) کو **اجازت دیتا/دیتی ہوں** کہ وہ میرے بچے کے انفرادی خاندانی خدمات کے منصوبے (IFSP) کے تحت فراہم کی جانے والی خدمات کے لیے، جو خاندانی مصارف میں شراکت داری (FCP) کے تابع ہوں، میرے TRICARE اور/یا نجی انشورنس پر دعوے جمع کروائے نیز مجھے اس بات کا علم ہے کہ، میں کسی بھی مشترکہ ادائیگیوں، مشترکہ انشورنس، یا کٹوتیوں کے لیے ذمہ دار نہیں ہوں گا/گی تاوقتیکہ میری ادائیگی کی عدم صلاحیت کا تعین نہ کیا گیا ہو یا مالی مشکلات کی بنیاد پر استثنا منظور نہ ہو۔

یا

میں ESIT خدمات کے لیے اپنے بچے کی اہلیت کے تعین کے مقصد سے ابتدائی اور جاری تشخیصات و جائزوں کے لیے اپنے TRICARE اور/یا نجی انشورنس کے استعمال سے **انکار کرتا/کرتی ہوں**، اور مجھے اس بات کا علم ہے کہ میں کسی بھی مشترکہ ادائیگیوں، مشترکہ انشورنس، یا کٹوتیوں کے لیے ذمہ دار نہیں ہوں گا/گی۔

میں اپنے بچے کے IFSP کے تحت فراہم کی جانے والی خدمات کے لیے، جو FCP کے تابع ہوں، اپنے TRICARE اور/یا نجی انشورنس کے استعمال سے **انکار کرتا/کرتی ہوں**، نیز مجھے اس بات کا علم ہے کہ، میں کسی بھی مشترکہ ادائیگیوں، مشترکہ انشورنس، یا کٹوتیوں کے لیے ذمہ دار نہیں ہوں گا/گی تاوقتیکہ میری ادائیگی کی عدم صلاحیت کا تعین نہ کیا گیا ہو یا مالی مشکلات کی بنیاد پر استثنا منظور نہ ہو۔

اور

. مجھے ان عمومی اخراجات کے زمروں سے آگاہ کر دیا گیا ہے جن کا میرے خاندان کو سامنا ہو سکتا ہے، اگر میں اپنے TRICARE اور/یا نجی انشورنس کو اپنے بچے کے IFSP کے تحت، جو FCP کے تابع ہے، تشخیصات و جائزوں، اور خدمات کے لیے استعمال کروں، جیسے کہ:

مشترکہ ادائیگیاں، مشترکہ انشورنس، پریمیمز یا کٹوتیاں،

سالانہ یا عمر بھر کی انشورنس کی حدِ زیادہ کی وجہ سے فوائد کا ضیاع،

بعید از قیاس امکان کہ:

انشورنس کے استعمال سے کوریج کی دستیابی متاثر ہو سکتی ہے،

کوریج منسوخ ہو سکتی ہے، اور/یا

پریمیمز متاثر ہو سکتی ہیں۔

مجھے آگاہ کر دیا گیا ہے کہ، جب میرے TRICARE اور/یا نجی انشورنس کو میرے بچے کے IFSP کے تحت، جو FCP کے تابع ہے، خدمات کی ادائیگی کے لیے استعمال کیا جائے، تو خدمات کے تعدد/مدت/تسلسل/اثر پذیری میں اضافے کے باعث عمومی اخراجات کے زمروں میں اضافہ ہو سکتا ہے۔

مجھے آگاہ کر دیا گیا ہے کہ اگر میں ممکنہ اخراجات کا تفصیلی تخمینہ حاصل کرنا چاہوں، تو میں اپنے خاندانی وسائل کے رابطہ کار (FRC) سے اس معلومات کے حصول میں معاونت کی درخواست کر سکتا/سکتی ہوں، یا براہِ راست اپنے انشورنس فراہم کنندہ سے رابطہ کر سکتا/سکتی ہوں۔

سیکشن D: کوئی انشورنس نہیں ہے (تمام قابل اطلاق نشان زد کریں یا اگر سیکشن C مکمل ہو چکا ہے تو سیکشن E پر جائیں)

میرے خاندان کے پاس کوئی انشورنس نہیں ہے اور میں **اس امر سے آگاہ ہوں:**

ابتدائی اور جاری تشخیصات و جائزے میرے خاندان کو بلا معاوضہ فراہم کیے جائیں گے۔

مجھ پر اپنے IFSP کے تحت، جو FCP کے تابع ہے، فراہم کردہ خدمات کے لیے ماہانہ شرکت کی فیس کی ادائیگی کی ذمہ داری عائد ہو سکتی ہے، تاوقتیکہ میری ادائیگی کی عدم صلاحیت کا تعین نہ کیا گیا ہو یا مالی مشکلات کی بنیاد پر استثنا منظور نہ ہو۔

سیکشن E: استعدادِ ادائیگی

میں اس بات کو سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے تعینِ استعدادِ ادائیگی کا حق حاصل ہے، اور اگر یہ درخواست مسترد کر دی جائے تو اپنی مشترکہ ادائیگیوں، مشترکہ انشورنس، یا کٹوتیوں کی ذمہ داری مجھ پر عائد ہو گی۔ میں یہ بات سمجھتا/سمجھتی ہوں، کہ اگر ابتدائی طور پر درخواست مسترد کر دی جائے، تو میں کسی بھی وقت تعینِ استعدادِ ادائیگی کی درخواست دوبارہ کر سکتا/سکتی ہوں۔

میں تعینِ استعدادِ ادائیگی کی درخواست کرتا/کرتی ہوں۔

میں تعینِ استعدادِ ادائیگی کو مسترد کرتا/کرتی ہوں۔

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 اپنی انشورنس کوریج میں کسی بھی قسم کی تبدیلیوں کی صورت میں اپنے ESIT فراہم کنندہ کو مطلع کروں گا/گی۔
- میں اپنے TRICARE یا نجی انشورنس سے متعلقہ کسی بھی پریمیمز کا خود ذمہ دار ہوں۔
- میرے FRC نے مجھے SOPAF کی وضاحت کی ہے اور مجھے SOPAF پالیسی کی ایک نقل فراہم کی ہے۔
- **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۔

والد/والدہ/سرپرست کے دستخط

والد/والدہ/سرپرست کے دستخط ______________________________ تاریخ ______________

والد/والدہ/سرپرست کے دستخط ______________________________ تاریخ ______________