



التاريخ _____ وكالة توفير برنامج التدخل المبكر لخدمات الرضع والأطفال الصغار (ESIT) _____

منسق موارد العائلة/موظف برنامج ESIT: الاسم _____ رقم الهاتف _____

القسم A: معلومات تحديد الهوية

الاسم القانوني للطفل _____ تاريخ الميلاد _____

اسم الوالد/الوصي 1 _____ رقم الهاتف _____

اسم الوالد/الوصي 2 _____ رقم الهاتف _____

القسم B: سبب طلب البت في القدرة على الدفع (اختر واحدًا)

تم رفض حصول العائلة على برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) أو TRICARE أو التأمين الخاص

ليس لدى العائلة تأمين

طلبت العائلة إجراء البت في القدرة على الدفع

تم السماح للعائلة بالحصول على برنامج TRICARE أو تأمين خاص (اختر واحدًا)

لا توجد تغطية لجميع الخدمات المدرجة في خطة الخدمات العائلية الفردية (IFSP) والخاضعة للمشاركة الأسرية بالتكاليف (FCP).

تم رفض التعويض لجميع الخدمات المدرجة في خطة IFSP والخاضعة للمشاركة الأسرية بالتكاليف (FCP).

مقدم الخدمة خارج نطاق الشبكة.

انتقل إلى القسم D.

القسم C: رفض تقديم معلومات الدخل والمصاريف

رفضت العائلة تقديم معلومات الدخل والمصاريف، ولذلك سيتم إدراجهم في جدول الرسوم الشهرية بأعلى مستوى بالنسبة لحجم العائلة، ولن يكونوا مؤهلين للحصول على إعفاء من الرسوم بسبب الصعوبات.

انتقل إلى القسم H.

القسم D: الدخل السنوي

يرجى تقديم إثبات دخل خلال الاثني عشر شهرًا الماضية أو السنة الضريبية السابقة. مطلوب تقديم نوع واحد فقط من الوثائق لإثبات الدخل، ولن يتم الاحتفاظ بإثبات الدخل في ملف الطفل.

| ✓ | نوع المستند (اختر واحدًا) | الدخل السنوي |
|---|--|--------------|
| | آخر إقرار ضريبي لدى دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) (الدخل الإجمالي) | |
| | آخر قسيمة راتب (الدخل الإجمالي) | |
| | أحدث نموذج/نماذج W2 (الدخل الإجمالي) | |
| | بيان كتابي بالراتب أو الأجور مرفق (يجب أن يتضمن اسم الشركة أو جهة العمل، والعنوان، ورقم الهاتف، وتوقيع المشرف أو مسؤول الموارد البشرية.) | |
| | إفادة كتابية أو شفوية من العائلة بخصوص الدخل. (مقبول إذا لم يكن لدى العائلة إمكانية الوصول إلى المستندات الأخرى المذكورة أعلاه.) | |
| | إجمالي الدخل السنوي المسموح به | |

القسم E: المصاريف السنوية المسموح بها

يرجى تقديم مستندات للمصاريف التي لم يتم تعويضها والمتكبدة خلال الاثني عشر شهراً الماضية لطفلك أو أحد أفراد العائلة الآخرين. لن يتم الاحتفاظ بهذه المستندات في ملف الطفل.

| مبلغ المصاريف | فئات المصاريف السنوية غير المعوضة المسموح بها |
|---------------|---|
| | المصاريف المتعلقة بالخدمات الطبية، وطب الأسنان، والصحة النفسية، بما في ذلك الأقساط، والمدفوعات المشتركة، والتأمين المشترك، والمبالغ المقتطعة، والخدمات الطبية غير المغطاة |
| | الرعاية الصحية المنزلية المقدمة من قبل وكالة مرخصة لتلك الخدمات |
| | مدفوعات إعاقة الأطفال/النفقة الزوجية |
| | تكاليف رعاية الطفل (الواقعة في أثناء العمل أو الدراسة) |
| | إجمالي المصاريف السنوية المسموح بها |

القسم F: الدخل السنوي المعدل، وحجم العائلة، ومستوى الفقر الفيدرالي (FPL)

| نوع المستند (اختر واحداً) | الدخل السنوي |
|--|--------------------------------|
| 1. إجمالي الدخل السنوي (حسب القسم (د)): | |
| 2. المصاريف السنوية المسموح بها (حسب القسم (ه)): | |
| 3. الدخل المعدل (السطر 1 ناقص السطر 2): | |
| 4. حجم العائلة: جميع أفراد العائلة الذين يعيشون في منزل الطفل: | |
| 5. النسبة المئوية الخاصة بالعائلة بالنسبة لمستوى الفقر الفيدرالي (FPL) حسب جدول الرسوم الشهرية (السطر 3 و4): | |
| | إجمالي الدخل السنوي المسموح به |

القسم G: البت في القدرة على الدفع (اختر واحداً)

تستوفي العائلة معايير "عدم القدرة على الدفع" إذا كان السطر 5 أقل من 200% من مستوى الفقر الفيدرالي بالنسبة لحجم العائلة، وستتلقى جميع الخدمات بدون تكلفة.

تستوفي العائلة معايير "القدرة على الدفع" إذا كان السطر 5 أعلى من 200% من مستوى الفقر الفيدرالي بالنسبة لحجم العائلة. تكون العائلة مسؤولة عن أي مدفوعات مشاركة، أو تأمين مشترك، أو مبالغ مقتطعة، أو رسوم مشاركة شهرية (يتم تحديدها أدناه). إذا كانت العائلة لا تزال غير قادرة على الدفع، يُرجى إكمال القسم (ط): الإعفاء بسبب الصعوبات.

القسم H: سبب فرض رسوم المشاركة الشهرية (اختر واحداً)

تم رفض حصول العائلة على برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) أو TRICARE أو التأمين الخاص.

ليس لدى العائلة تأمين.

تم السماح للعائلة بالحصول على برنامج TRICARE أو تأمين خاص (اختر واحداً)

_____ لا توجد مزايا لجميع الخدمات المدرجة في خطة IFSP والخاضعة للمشاركة الأسرية بالتكاليف (FCP).

_____ تم رفض التعويض لجميع الخدمات المدرجة في خطة IFSP والخاضعة للمشاركة الأسرية بالتكاليف (FCP).

_____ مقدم الخدمة خارج نطاق الشبكة.

رفضت الأسرة تقديم معلومات الدخل والنفقات، وهي غير مؤهلة للحصول على إعفاء من المشقة.

القسم I: رسوم المشاركة الشهرية

لن تزيد رسوم المشاركة الشهرية عن التكلفة الفعلية للخدمات، وهي رسوم ثابتة لجميع الخدمات المدرجة في خطة الخدمات العائلية الفردية الخاصة بالطفل (IFSP) حسب نظام المشاركة الأسرية بالتكاليف (FCP)، وتُعد الحد الأقصى للمبلغ الذي يتم تحصيله بغض النظر عن عدد الأطفال المسجلين في الخدمات.

| الدخل المعدل (من الأعلى) | حجم العائلة: جميع أفراد العائلة الذين يعيشون في منزل الطفل |
|--------------------------|--|
| | رسوم المشاركة الشهرية بناءً على جدول الرسوم الشهرية |

تقرر أن الأسرة قادرة على الدفع، ولكنها غير قادرة على الوفاء بالتزاماتها المالية ضمن برنامج المشاركة الأسرية بالتكاليف بسبب ظروف، تشمل على سبيل المثال لا الحصر ما يلي: (ضع علامة على كل ما ينطبق)

- تغيير في الدخل أو النفقات.
- أي نفقات طبية كبيرة و/أو مستمرة.
- تغيير في حالة التوظيف (مثل فقدان الوظيفة أو تقليل عدد ساعات العمل).
- حدث حياتي كبير (مثل الطلاق، أو الانفصال، أو الإصابة، أو المرض، أو وفاة أحد أفراد الأسرة).
- حالة طارئة أو كارثة طبيعية.
- دفعات الإيجار أو الرهن العقاري، بما في ذلك الفواتير الشهرية للمرافق باستثناء الهاتف، التي تتجاوز 30% من الدخل الشهري للأسرة. أخرى (يرجى التحديد):

أؤكد بموجب توقيع على ما يلي:

- أنني قدمت معلومات دقيقة وكاملة في هذا النموذج.
- أنني أوافق على إخطار منسق موارد العائلة (FRC) أو موفر خدمات برنامج التدخل المبكر لخدمات الرضع والأطفال الصغار (ESIT) بأي تغييرات في وضعي.
- شرح لي منسق موارد العائلة (FRC) نظام المدفوعات والرسوم (SOPAF) وقد زودني بنسخة من سياسة هذا النظام.
- أدرك أن البت في قدرتي على الدفع و/أو إعفائي بسبب صعوبات سيخضع للمراجعة السنوية، ما لم تتغير حالتي قبل موعد المراجعة.

توقيع(ات) الوالد/الوصي:

توقيع ولي الأمر/الوصي _____ التاريخ _____

توقيع ولي الأمر/الوصي _____ التاريخ _____

بموجب التوقيع، فإنني أؤكد أن المعلومات المقدمة والمراجعة والموثقة في هذا النموذج دقيقة ووافية حسب علمي.

توقيع منسق موارد العائلة/موظف برنامج ESIT:

توقيع منسق موارد العائلة أو موظف برنامج ESIT _____ التاريخ _____