

婴幼儿早期支持 (ESIT) 付款和收费系统 (SOPAF)  
支付能力/月度参与费/困难豁免  
ESIT System of Payments and Fees (SOPAF)  
**Ability to Pay/Monthly Participation Fee/Hardship Exemption**

日期 \_\_\_\_\_ 婴幼儿早期支持服务机构 \_\_\_\_\_

家庭资源协调员/婴幼儿早期支持员工姓名 \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_

**A 部分：身份信息**

儿童法定姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

家长/监护人姓名 1 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_

家长/监护人姓名 2 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_

**B 部分：进行支付能力判定的原因 (单选)**

- 该家庭拒绝使用儿童健康保险计划 (CHIP)、TRICARE 军人医保或私人保险
- 该家庭无保险
- 该家庭要求进行支付能力判定。
- 该家庭允许使用 TRICARE 军人医保或私人保险 (单选)
- \_\_\_\_\_ 个人化家庭服务计划项下**所有**需要家庭费用参与 (FCP) 的服务均不在保险承保范围内。
- \_\_\_\_\_ 个人化家庭服务计划项下**所有**需要家庭费用参与的服务均被拒绝报销。
- \_\_\_\_\_ 医疗服务提供机构不在网络范围内。

跳至 D 部分。

**C 部分：拒绝提供收入和支出信息**

- 如果该家庭拒绝提供收入和支出信息，将按其家庭规模所对应的最高档标准计入月度收费表，且无资格申请困难豁免。

跳至 H 部分。

**D 部分：年度收入**

请提供过去十二个月或上一纳税年度的收入证明。只需提供一种类型的收入证明文件，且证明文件不会保留在儿童档案中。

<input checked="" type="checkbox"/>	文件类型 (单选)	年度收入
	最近的国税局报税表 (总税前收入)	
	最近的工资单 (总税前收入)	
	最近的 W2 表 (总税前收入)	
	附有工资或薪金的书面声明 (必须包含公司或雇主的名称、地址、电话号码, 以及主管或人力资源人员的签名)。	
	该家庭提供的书面或口头收入声明。(仅限无法提供上述其他文件的家庭)。	
		可计入的年度总收入

### E 部分：可计入的年度支出

请提供过去十二个月为儿童及其他家庭成员支付的未报销支出证明，证明文件不会保留在儿童档案中。

可计入的未报销年度支出类别	支出金额
医疗、牙科及心理健康支出，包括保费、共付额、共保额、免赔额及不承保的医疗服务费用	
持牌家庭护理机构提供的家庭护理	
儿童抚养费/赡养费	
育儿费用（工作或上学期间产生的）	
可计入的年度总支出	

### F 部分：调整后年度收入、家庭规模及联邦贫困线 (FPL)

文件类型（单选）	年度收入
1. 年度总收入（如 D 部分记录）：	
2. 可计入的年度支出（如 E 部分记录）：	
3. 调整后收入（第 1 行减第 2 行）：	
4. 家庭规模：居住在儿童家中的所有家庭成员：	
5. 使用月度收费表计算的家庭联邦贫困线占比（第 3 行和第 4 行）：	
可计入的年度总收入	

### G 部分：支付能力判定（单选）

- 如果第 5 行低于其家庭规模所对应的联邦贫困线的 200%，则该家庭符合无支付能力标准，将免费获得所有服务。
- 如果第 5 行高于其家庭规模所对应的联邦贫困线的 200%，则该家庭符合支付能力标准。该家庭需承担任何共付额、共保额、免赔额或（如下方所确定的）月度参与费。如果该家庭仍无法支付，请填写 I 部分：困难豁免。

### H 部分：月度参与费收取原因（单选）

- 该家庭拒绝使用儿童健康保险计划 (CHIP)、TRICARE 军人医保或私人保险。
- 该家庭无保险。
- 该家庭允许使用 TRICARE 军人医保或私人保险（单选）
- \_\_\_\_\_ 个人化家庭服务计划项下所有需要家庭费用参与的服务均不在保险承保范围内。
- \_\_\_\_\_ 个人化家庭服务计划项下所有需要家庭费用参与的服务均被拒绝报销。
- \_\_\_\_\_ 医疗服务提供机构不在网络范围内。
- 该家庭拒绝提供收入与支出信息，因此不符合困难豁免资格。

### I 部分：月度参与费

月度参与费不会超过实际服务成本，是针对儿童个人化家庭服务计划项下需要家庭费用参与的所有服务收取的固定最高收费限额，与服务中登记的儿童数量无关。

调整后收入（见上文）	
家庭规模：居住在儿童家中的所有家庭成员	
基于月度收费表确定的月度参与费	

## J 部分：困难豁免原因

家庭虽被判定为有支付能力，但因（包括但不限于）以下情况无法履行其家庭费用参与义务：（**请选择所有适用项**）

- 收入或支出发生变化。
  - 重大和/或持续性医疗费用。
  - 就业状况变化（如失业或工时减少）。
  - 重大生活事件（如离婚、关系破裂、伤病或家庭成员去世）。
  - 紧急情况或自然灾害。
  - 房租或按揭，以及月度费用，包括除电话费外的公共事业费超过家庭月收入的 30%。
- 其他（请注明）：

**本人在本表格中签名，即代表特此确认：**

- 本人在表格中提供的信息准确完整。
- 本人同意一旦情况发生任何变化，将会通知家庭资源协调员或婴幼儿早期支持提供者。
- 本人的家庭资源协调员已向本人解释 SOPAF，并提供了 SOPAF 政策副本。
- 本人理解支付能力判定及/或困难豁免将每年进行复审，除非本人的情况在复审日期前发生变化。

家长/监护人签名

家长/监护人签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

家长/监护人签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

本人在本表格中签名，即代表本人确认，据本人所知在本表格中提供、审核及记录的信息均准确完整。

家庭资源协调员或婴幼儿早期支持员工签名

家庭资源协调员或婴幼儿早期支持员工签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_