



WASHINGTON STATE
Department of
Children, Youth, and Families

Программа ранней поддержки новорожденных и детей (ESIT)

Форма предварительного письменного уведомления, согласия на доступ к государственной и/или частной страховке и проверки дохода и расходов

Дата:		Программа раннего вмешательства - местная ведущая организация или поставщик услуг:	
Сотрудник FRC:		Телефон FRC:	

Раздел А: Идентифицирующая информация

Официальное имя ребенка:	Фамилия	Имя	Среднее имя	Дата рождения ребенка:	xx/xx/xxxx
Фамилия(-ии) и имя(-мена) родителя(-ей)/опекуна(-ов)		Телефон:			

Раздел В: Предварительное письменное уведомление в отношении государственного и частного страхового покрытия и согласие на обслуживание, к которому применено условие об участии семей в расходах по их оказанию (заполняется родителем - отметить все, что относится к вам)

В.1. Apple Health for Kids/ Medicaid {Государственное медицинское страховое покрытие}

- Я разрешаю** поставщикам услуг программы ESIT подавать заявления в Apple Health for Kids/Medicaid (моя государственная программа страхования) о возмещении стоимости услуг раннего вмешательства, предусмотренных Частью С (Part C) закона IDEA, которые будут предоставлены моему ребенку в соответствии с ИПСО. Я разрешаю программе ESIT раскрывать данные, идентифицирующие личность, программе Apple Health/Medicaid в рамках запроса о выплате страховых средств. Я понимаю, что, если я пользуюсь частным страховым покрытием/частной страховкой, программа Apple Health/Medicaid имеет право компенсировать расходы за счет частной страховой компании. Я понимаю, что я могу отозвать настоящее разрешение в любое время, известив об этом Координатора семейных ресурсов.
- Я понимаю**, что поставщики услуг раннего вмешательства должны получать мое согласие, если доступ к Apple Health for Kids/Medicaid приведет к любому из следующего:
 - Сокращение объема доступного бессрочного покрытия или любых других страховых льгот для моего ребенка или других членов семьи;
 - Необходимости оплатить услуги, которые, в ином случае, были бы оплачены из средств Medicaid;
 - Рост размера страховых взносов или отмена участия в программе Medicaid для моего ребенка или других членов семьи
 - Возникновение риска потери моим ребенком или другими членами семьи права участия в альтернативных программах обслуживания на дому или по месту жительства с учетом общих расходов на здравоохранение.
- Я не разрешаю** поставщикам услуг программы ESIT подавать заявления в Apple Health/Medicaid о возмещении стоимости услуг раннего вмешательства, предусмотренных Частью С (Part C) закона IDEA, которые будут предоставлены моему ребенку в соответствии с ИПСО. В виду такого решения я понимаю, что должен(-на) заполнить Разделы С и D настоящей формы, чтобы обеспечить определение суммы моего ежемесячного взноса. Я понимаю, что если я не заполню Разделы С и D настоящей формы, для меня будет определена максимальная сумма взноса по сетке ежемесячных взносов (Monthly Fee Schedule) с учетом состава семьи.

<p>Я принимаю условия оплаты, соответствующие выбранной мною опции и подтверждаю получение Политики о системе оплаты и тарифах/взносах Подпись(-и) родителя(-ей) / опекуна(-ов):</p>	<p>Дата:</p>
---	--------------

ФОРМА ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО УВЕДОМЛЕНИЯ, СОГЛАСИЯ И ПРОВЕРКИ ДОХОДА/РАСХОДОВ SORA
FCP

В.2. Частное медицинское страховое покрытие / частная страховка

Название основной страховки:

Полис №:

Группа №:

Название дополнительной страховки:

Полис №:

Группа №:

- Я проинформирован(а)** об общих категориях затрат, которые моя семья может понести в связи с использованием частного страхового покрытия семьи/частной страховки для покрытия стоимости услуг раннего вмешательства, предусмотренных Частью С (Part C) закона IDEA, как то:
- Доплата, участие в страховании или франшиза
 - Долгосрочные расходы, в частности, связанные с утратой права на льготы в связи с ограничениями, действующими применительно к годовому или бессрочному страховому покрытию/страховке в соответствии с условиями полиса страхования семьи;
 - Использование страховых средств может негативно отразиться на доступности семейного страхового покрытия
 - Действие страхового покрытия может быть прервано по причине оплаты за услуги раннего вмешательства по Части С (Part C) с использованием страховых средств
 - Возможность изменения суммы страховых взносов по причине использования средств в рамках частного страхового покрытия/частной страховки для оплаты за услуги раннего вмешательства
- Я даю согласие** на то, чтобы поставщики услуг программы ESIT подавали заявления о покрытии стоимости услуг раннего вмешательства по Части С (Part C) закона IDEA, предоставленных моему ребенку в соответствии с ИПСО, частной страховой компании, обеспечивающей мое страховое покрытие/страховку. Я разрешаю программе ESIT раскрывать данные, идентифицирующие личность, частной страховой компании, обеспечивающей мое страховое покрытие/страховку, в рамках запроса о выплате страховых средств. Я разрешаю частной страховой компании, обеспечивающей мое страховое покрытие/страховку, осуществлять оплаты в пользу поставщиков услуг программы ESIT. Я понимаю, что я могу отозвать настоящее разрешение в любое время, известив об этом Координатора семейных ресурсов.
- Я не даю согласие** на то, чтобы поставщики услуг программы ESIT подавали заявления о покрытии стоимости услуг раннего вмешательства по Части С (Part C), предоставленных моему ребенку в соответствии с ИПСО, частной страховой компании, обеспечивающей мое страховое покрытие/страховку. Я понимаю, что я несу ответственность за оплату таких услуг в соответствии с сеткой ежемесячных взносов (Monthly Fee Schedule) и с учетом удовлетворения мной применимых критериев. Я понимаю, что должен(-на) заполнить Разделы С и D настоящей формы, чтобы обеспечить определение суммы моего ежемесячного взноса. Я понимаю, что если я не заполню Разделы С и D настоящей формы, для меня будет определена максимальная сумма взноса по сетке ежемесячных взносов (Monthly Fee Schedule) с учетом состава семьи.
- Я оказываюсь от заполнения** Разделов С и D настоящей формы и понимаю, что это означает, что я несу ответственность за все доплаты, участие в страховании и франшизы в связи с использованием моего частного медицинского страхового покрытия.

Я принимаю условия оплаты, соответствующие выбранной мною опции и подтверждаю получение Политики о системе оплаты и тарифах/взносах

Дата:

Подпись(-и) родителя(-ей) / опекуна(-ов):

В.3. Частное медицинское страховое покрытие / частная страховка отсутствуют

- Я проинформирован(а)** о том, что я буду вынужден(а) выплачивать месячный взнос, рассчитанный с учетом состава моей семьи и дохода, поскольку я не пользуюсь частным или государственным страховым покрытием (Apple Health for Kids/Medicaid) в помощь в оплате стоимости услуг раннего вмешательства по Части С (Part C) закона IDEA, которые предоставляются моему ребенку в соответствии с ИПСО.

**Я принимаю условия оплаты, соответствующие выбранной мною
опции и подтверждаю получение Политики о системе оплаты и
тарифах/взносах**
Подпись(-и) родителя(-ей) / опекуна(-ов):

Дата:

ФОРМА ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО УВЕДОМЛЕНИЯ, СОГЛАСИЯ И ПРОВЕРКИ ДОХОДА/РАСХОДОВ SORAF
FCP

Раздел С: Документация для подтверждения годового дохода (заполняется родителем)

Все семьи, запрашивающие о подтверждении «невозможности платить», а также все семьи, запрашивающие на включение в график сетки ежемесячных взносов (Monthly Fee Schedule) с учетом состава семьи и скорректированного годового дохода, должны предоставить подтверждение дохода. (Обратите внимание: в качестве подтверждения дохода предоставляется только один документ.)

Тип документа: Выберите только один		Общий годовой доход семьи:
<input type="checkbox"/>	Самозанятая деятельность, прочий доход, не являющийся заработной платой. Приложите последнюю налоговую форму IRS 1040.	
<input type="checkbox"/>	Два (2) последних корешка квитанции о начислении заработной платы за идущие подряд периоды (доход брутто)	
	<input type="checkbox"/> Размер заработной платы в неделю	
	<input type="checkbox"/> Размер заработной платы в две недели	
	<input type="checkbox"/> Размер заработной платы в месяц	
<input type="checkbox"/>	Последние формы W2(s) и/или 1099(s) (форма W2 = строка 1; форма 1099 = сумма строк 1, 2 и 3)	
<input type="checkbox"/>	Письменная декларация с указанием заработной платы или жалования (с обязательным указанием имени/названия, адреса, номера телефона работодателя и подписью начальника или сотрудника отдела кадров.)	

Раздел D: Допустимые годовые затраты (заполняется родителем)

К настоящей форме вы должны приложить документацию, отражающую невозмещаемые расходы, понесенные вами в пользу ребенка и/или других членов семьи в течение двенадцати месяцев или предыдущего налогового года.

Категории допустимых невозмещаемых годовых затрат	Сумма затрат
Расходы на медицинское, стоматологические и психиатрическое обслуживание, в том числе взносы, доплаты, участие в страховании, франшизы и расходы на непокрытые услуги	
Уход на дому, обеспечиваемый лицензированным агентством по уходу на дому	
Алименты/финансовая поддержка ребенка	
Расходы по уходу за ребенком на время работы/учебы	
ИТОГО, ДОПУСТИМЫЕ ГОДОВЫЕ ЗАТРАТЫ	

Общее количество членов семьи (состав семьи):	
---	--

ФОРМА ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО УВЕДОМЛЕНИЯ, СОГЛАСИЯ И ПРОВЕРКИ ДОХОДА/РАСХОДОВ SOPAF FCP

Раздел Е: Скорректированный годовой доход и определение «невозможности платить» (заполняется координатором семейных ресурсов (FRC) или сотрудником EIS)

Информация о доходах, расходах и ежемесячных взносах/тарифах		
1.	Общий годовой доход (указан в Разделе С):	
2.	Допустимые годовые расходы (указаны в Разделе D):	
3.	Исключение по годовым расходам (строка 1 - общий годовой доход, умноженный на 0,10 или 10%):	
4.	Общие допустимые годовые расходы (строка 2 минус строка 3; если цифра в строке 3 превышает цифру в строке 2, укажите 0 в строке 4):	
5.	Скорректированный доход для указания в сетке ежемесячных взносов (Monthly Fee Schedule) (строка 1 минус строка 4):	

Соответствует критериям «невозможности платить», если цифра в строке 5 ниже 200% Федерального уровня бедности (Federal Poverty Level) для семьи такого размера			
<input type="checkbox"/>	Да - для семей со страховкой или без страховки - семьи освобождаются от доплат, участия в страховании, франшиз или ежемесячного взноса. Для оплаты таких услуг могут использоваться средства других организаций или средства, предусмотренные Частью С (Part C) закона IDEA.	<input type="checkbox"/>	Нет -для семей со страховкой, франшиза, определенная для семьи
		<input type="checkbox"/>	Нет -для семей без страховки и для семей, не давших разрешение на доступ к страховым средствам - семья включается в график сетки ежемесячных взносов (Monthly Fee Schedule). Ежемесячный взнос: _____

Раздел F: Подтверждение родителя

Настоящим подтверждаю, что информация, предоставленная, проверенная и задокументированная в настоящей форме, является достоверной и полной, насколько мне это известно.

Подпись(-и) родителя(-ей) / опекуна(-ов):	Дата:
---	-------

Раздел G: Контроль персоналом формы подтверждения дохода и расходов

Проверил(а):

Подпись Координатор семейных ресурсов (FRC) или представителя EIS:	Имя и фамилия печатными буквами:	Дата:
--	----------------------------------	-------

ФОРМА ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО УВЕДОМЛЕНИЯ, СОГЛАСИЯ И ПРОВЕРКИ ДОХОДА/РАСХОДОВ SOPAF FCP