



WASHINGTON STATE  
Department of  
Children, Youth, and Families

## ارلی اسپورٹ فار انفینٹس اینڈ ٹوڈلرز (ESIT)

پیشگی تحریری نوٹس، سرکاری اور/یا نجی بیمہ تک رسائی کے لیے رضامندی، آمدنی اور اخراجات کی تصدیق کا فارم

تاریخ:	ارلی انٹرویویشن پروگرام - LLA یا فراہم کنندہ:
FRC کا نام:	FRC کا فون:

### حصہ A: معلومات کی شناخت کرنا

بچے کا قانونی نام:	پہلا	درمیانہ	بچے کی تاریخ پیدائش:
والدین/سرپرست کا نام:	فون:	xx/xx/xxxx	

حصہ B: سرکاری اور نجی نگہداشت صحت کی کوریج کا پیشگی تحریری نوٹس اور فیملی کاسٹ پارٹیسپیشن کے تحت خدمات کے لیے رضامندی (والدین کی جانب سے مکمل کیا جانا چاہیے - تمام قابل اطلاق پر نشان لگائیں)

### B.1. ایپل ہیلتھ فار کڈز / میڈیکلڈ (پبلک ہیلتھ کیئر کوریج)

- میں اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ ESIT کے فراہم کنندگان IDEA حصہ C کی ارلی انٹرویویشن سروسز، جو میرے بچے کے IFSP کے مطابق فراہم کی جائیں گی، کے لیے ایپل ہیلتھ فار کڈز/میڈیکلڈ (میری سرکاری نگہداشت صحت کی کوریج) کو دعوے جمع کروائیں۔ میں ESIT کو بینیفٹس کی ادائیگی کی درخواست کرنے کے لیے ایپل ہیلتھ/میڈیکلڈ کو ذاتی طور پر قابل شناخت معلومات جاری کرنے کا اختیار دیتا/دیتی ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر میرے پاس پاس نجی نگہداشت صحت کی کوریج/بیمہ ہے، تو ایپل ہیلتھ/میڈیکلڈ کو میرے بیمہ فراہم کنندہ سے اخراجات پورے کرنے کا حق حاصل ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں اپنے/اپنی فیملی ریسورس کو آرڈینیٹر کو کسی بھی وقت مطلع کر کے اس اجازت کو منسوخ کر سکتا/سکتی ہوں۔
- میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ ارلی انٹرویویشن کے فراہم کنندگان میری اجازت حاصل کریں گے، اگر ایپل ہیلتھ فار کڈز/میڈیکلڈ تک رسائی درج ذیل میں سے کسی کا سبب بنے گی:
  - میرے بچے یا خاندان کے دیگر افراد کے لیے دستیاب پوری زندگی کی کوریج یا بیمہ کردہ بینیفٹ میں کمی
  - کے نتیجے میں ایسی سروسز کی ادائیگی کرنی پڑے گی، جو بصورت دیگر میڈیکلڈ کی جانب سے ادا کی جانے گی
  - میرے بچے یا خاندان کے دیگر افراد کے لیے پریمیمز میں اضافے یا میڈیکلڈ کی منسوخی کا سبب بنے گی
  - صحت سے متعلقہ کل اخراجات کی بنیاد پر گھر اور کمیونٹی پر مبنی چھوٹوں کے لیے میرے بچے یا خاندان کے دیگر افراد کی اہلیت ختم ہو جانے کا خطرہ ہو۔
- میں اس بات کی اجازت نہیں دیتا/دیتی کہ ESIT کے فراہم کنندگان IDEA حصہ C کی ارلی انٹرویویشن سروسز، جو میرے بچے کے IFSP کے مطابق فراہم کی جائیں گی، کے لیے ایپل ہیلتھ/میڈیکلڈ کو دعوے جمع کروائیں۔ اس فیصلے کی وجہ سے، میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اپنی ماہانہ فیس کا تعین کرنے کے لیے مجھے لازمی طور پر اس فارم کے حصے C اور D کو مکمل کرنا ہو گا۔ اگر میں اس فارم کے حصے C اور D کو مکمل نہیں کرتا/کرتی، تو میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے اپنے خاندان کے سائز کی بنیاد پر ماہانہ فیس کے شیڈول کے اعلیٰ ترین درجے پر رکھا جائے گا۔

میں اپنے منتخب کردہ ادائیگی کے انتخاب کی شرائط سے متفق ہوں اور سسٹم آف پیمنٹس اور فیس پالیسی کی وصولی کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں والدین/سرپرست کا دستخط:	تاریخ:
--	--------

SOPAF FCP پیشگی نوٹس، رضامندی اور آمدنی/خرچ کی تصدیق کا فارم

## B.2. نگہداشت صحت کی نجی کوریج/ بیمہ

پرائمری انشورنس کا نام:

پالیسی #:

گروہ #:

سیکنڈری انشورنس کا نام:

پالیسی #:

گروہ #:

مجھے ان اخراجات کے عمومی زمروں کے بارے میں آگاہ کیا گیا ہے جو میرے خاندان کو IDEA حصہ C ارلی انٹرویوشن سروسز کے لیے میری نجی نگہداشت صحت کی کوریج/انشورنس استعمال کرنے کے نتیجے میں پیش آ سکتے ہیں، جیسا کہ:

- مشترکہ ادائیگیاں، مشترکہ بیمہ، پریمیم یا کٹوتیاں
- دیگر کوئی طویل مدتی اخراجات، جیسا کہ بچے، والدین یا بچے کے خاندان کے اراکین کے لیے بیمہ کی پالیسی کے تحت سالانہ یا پوری زندگی کی نگہداشت صحت کی کوریج/بیمہ کی پانڈیوں کی وجہ سے بینیفٹس کھونا۔
- اس بات کا امکان کہ بیمہ کا استعمال خاندان کی بیمہ کوریج کی دستیابی پر منفی طور پر اثر انداز ہو سکتی ہے
- اس بات کا امکان کہ انشورنس کی کوریج حصہ C ارلی انٹرویوشن سروسز کے لیے ادائیگی کی وجہ سے معطل ہو جائے۔
- اس بات کا امکان کہ ارلی انٹرویوشن سروسز کے لیے ادائیگی کے لیے نجی بیمہ کے استعمال سے بیمہ پریمیمز پر اثر پڑ سکتا ہے

میں اس بات کی اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ ESIT کے فراہم کنندگان IDEA حصہ C کی ارلی انٹرویوشن سروسز، جو میرے بچے کے IFSP کے مطابق فراہم کی جائیں گی، کے لیے میری نجی نگہداشت صحت کی کوریج/بیمہ کو دعوے جمع کروائیں۔ میں ESIT کو بینیفٹس کی ادائیگی کی درخواست کرنے کے لیے میری نجی نگہداشت صحت کی کوریج/بیمہ کو ذاتی طور پر قابل شناخت معلومات جاری کرنے کا اختیار دیتا/دیتی ہوں۔ میں ESIT فراہم کنندہ کو ادائیگیوں کرنے کے لیے اپنی نجی نگہداشت صحت کی کوریج/بیمہ کو اجازت دیتا ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں اپنے/اپنی فیملی ریسورس کوارٹینٹرز کو کسی بھی وقت مطلع کر کے اس اجازت کو منسوخ کر سکتا/سکتی ہوں۔

میں اس بات کی اجازت نہیں دیتا/دیتی کہ ESIT کے فراہم کنندگان حصہ C کی ارلی انٹرویوشن سروسز، جو میرے بچے کے IFSP کے مطابق فراہم کی جائیں گی، کے لیے میری نجی نگہداشت صحت کی کوریج/بیمہ کو دعوے جمع کروائیں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں ماہانہ فیس کے شیڈول اور شرائط کی بنیاد پر ان سروسز کے لیے ادائیگی کا/کی ذمہ دار ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اپنی ماہانہ فیس کا تعین کرنے کے لیے مجھے لازمی طور پر اس فارم کے حصے C اور D کو مکمل کرنا ہو گا۔ اگر میں اس فارم کے حصے C اور D مکمل نہیں کرتا/کرتی، تو میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے اپنے خاندان کے سائز کی بنیاد پر ماہانہ فیس کے شیڈول کے اعلیٰ ترین درجے پر رکھا جائے گا۔

میں اس فارم کے حصے C اور D کی تکمیل سے دستبردار ہوتا/ہوتی ہوں اور سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں اپنی نجی نگہداشت صحت کی کوریج کے استعمال کے نتیجے میں تمام مشترکہ ادائیگیوں، مشترکہ بیمہ اور کٹوتیوں کے لیے ذمہ دار ہوں گا/گی۔

تاریخ:

میں اپنے منتخب کردہ ادائیگی کے انتخاب کی شرائط سے متفق ہوں اور سسٹم آف پیمٹس اور فیس پالیسی کی وصولی کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں والدین/سرپرست کا دستخط:

## B.3. کوئی بھی سرکاری یا نجی نگہداشت صحت کی کوریج نہیں

مجھے اس بارے میں آگاہ کیا گیا ہے کہ مجھ سے اپنے خاندان کے سائز اور آمدنی کی بنیاد پر ایک ماہانہ فیس لی جائے گی کیونکہ میرے پاس اپنے بچے کے IFSP کے تحت فراہم کی جانے والی IDEA حصہ C ارلی انٹرویوشن سروسز کے لیے ادائیگی میں مدد دینے کے لیے نجی یا سرکاری بیمہ (ایبل ہیلتھ فار کٹز/میڈیکل) کی کوریج موجود نہیں ہے۔

تاریخ:

میں اپنے منتخب کردہ ادائیگی کے انتخاب کی شرائط سے متفق ہوں اور سسٹم آف پیمٹس اور فیس پالیسی کی وصولی کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں والدین/سرپرست کا دستخط:

SOPAF FCP پیشگی نوٹس، رضامندی اور آمدنی/خرچ کی تصدیق کا فارم

**حصہ C: سالانہ آمدنی کی تصدیق کے لیے استعمال کیے جانے والی دستاویزات (والدین کی جانب سے مکمل کیا جانا چاہیے)**

ادائیگی سے قاصر ہونے کی تعیناتی کیے جانے کی درخواست کرنے والے تمام خاندان یا خاندان کے سائز اور تبدیل کردہ سالانہ آمدنی کی بنیاد پر ماہانہ فیس کا شیڈول رکھے جانے کی درخواست کرنے والے تمام خاندانوں کو آمدنی کا ثبوت فراہم کرنا ہو گا۔ (برائے مہربانی توجہ دیں کہ آمدنی کے ثبوت کو ظاہر کرنے کے لیے دستاویز کی صرف ایک قسم درکار ہو گی۔)

دستاویز کی قسم: صرف ایک منتخب کریں		گھرانے کی کل سالانہ آمدنی:
<input type="checkbox"/>	خود روزگاہ-دیگر بغیر اجرت والی برائے مہربانی حالیہ ترین IRS 1040 ٹیکس فارم جمع کروائیں۔	
<input type="checkbox"/>	ادائیگی سے پچھلی دو (2) کٹوتیاں (مجموعی آمدنی)	
<input type="checkbox"/>	ہفتہ وار رقم	
<input type="checkbox"/>	ہفتے میں دو مرتبہ کی رقم	
<input type="checkbox"/>	ماہانہ رقم	
<input type="checkbox"/>	حالیہ ترین W2(s) اور/یا 1099(s) (فارم W2=لائن 1=1099 کل لائنیز 1، 2 اور 3)	
<input type="checkbox"/>	تنخواہ یا اجرتوں کا تحریری بیان منسلک شدہ (اس میں کمپنی یا آجر کا نام، پتہ، فون نمبر اور سپر وائزر یا بیومن ریسورس کے عملے کا دستخط شامل ہونا چاہیے۔)	

**حصہ D: اجازت شدہ سالانہ اخراجات (والدین کی جانب سے مکمل کیا جانا چاہیے)**

آپ کو اس فارم کے ساتھ لازمی طور پر پچھلے بارہ مہینوں یا ٹیکس کے پچھلے سال کے دوران بچے اور/یا خاندان کے دیگر اراکین پر خرچ ہونے والے نہ واپس کیے گئے اخراجات کے لیے دستاویزات فراہم کرنی چاہیں۔

خرچ کی رقم	سالانہ طور پر نہ واپس کیے گئے اجازت شدہ اخراجات کے زمرے
	طبی، ڈینٹل اور دماغی صحت کے اخراجات، بشمول پریمیمز، مشترکہ ادائیگیاں، مشترکہ بیمہ، کٹوتیاں اور غیر احاطہ کردہ سروسز
	لائسنس یافتہ ہوم ہیلتھ ایجنسی کی جانب سے فراہم کردہ ہوم ہیلتھ کیئر۔
	چائلڈ اسپورٹ/ایلیمونی ادائیگیاں
	کام کرتے ہوئے یا اسکول جاتے ہوئے بچے کی نگہداشت کے اخراجات
	<b>کل اجازت شدہ سالانہ اخراجات</b>

گھرانے میں افراد کی کل تعداد (خاندان کا سائز):

SOPAF FCP پیشگی نوٹس، رضامندی اور آمدنی/خرچ کی تصدیق کا فارم

**حصہ E: تبدیل کردہ سالانہ آمدنی اور ادائیگی سے قاصر ہونے کا تعین (FRC یا EIS کے عملے کی جانب سے مکمل کیا جانا چاہیے)**

آمدنی، خرچ اور ماہانہ فیس کی معلومات	
1.	کل سالانہ آمدنی (جیسا کہ حصہ C میں دستاویز بند کیا گیا):
2.	اجازت شدہ سالانہ اخراجات (جیسا کہ حصہ D میں دستاویز بند کیا گیا):
3.	سالانہ اخراجات کی چھوٹ (لائن 1 - کل سالانہ آمدنی ضرب 0.10 یا 10%)۔
4.	کل اجازت شدہ سالانہ اخراجات (لائن 2 منفی لائن 3؛ اگر لائن 3 لائن 2 کی نسبت بڑی ہے، تو لائن 4 میں 0 درج کریں):
5.	ماہانہ فیس شیڈول میں ڈالے جانے کے لیے تبدیل شدہ آمدنی (لائن 1 منفی لائن 4):

اگر لائن 5 خاندان کے سائز کے لیے غربت کے وفاقی درجے کے 200% سے کم ہے، تو ادائیگی سے قاصر ہونے کی شرائط پر پورا اترتا ہے۔	
<input type="checkbox"/>	ہاں - بیمہ کی حامل یا بغیر، خاندان کو مشترکہ ادائیگیوں، مشترکہ بیمہ، کٹوتیوں یا ماہانہ فیس کی ادائیگی کی ضرورت نہیں ہو گی۔ IDEA حصہ C یا دیگر ایجنسی کے فنڈ ان اخراجات کو پورا کرنے کے لیے استعمال کیے جا سکتے ہیں۔
<input type="checkbox"/>	نہیں - بیمہ کے حامل خاندانوں کے لیے، خاندان مشترکہ ادائیگیوں، مشترکہ بیمہ اور کٹوتیوں کے لیے ادائیگی کرتا ہے۔
<input type="checkbox"/>	نہیں - انشورنس کے بغیر خاندانوں یا اپنے بیمہ تک رسائی سے انکار کرنے والے خاندانوں کے لیے، خاندان کو ماہانہ فیس کے شیڈول پر رکھا جاتا ہے۔
	ماہانہ فیس: _____

**حصہ F: والدین کی تصدیق**

میں بذریعہ ہذا اس بات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ اس فارم میں فراہم کردہ، نظر ثانی کردہ اور دستاویز بند کردہ معلومات میرے بہترین علم کے مطابق درست اور مکمل ہے۔

والدین/سرپرست کا دستخط:	تاریخ:
-------------------------	--------

**حصہ G: آمدنی اور خرچ کے فارم پر عملے کی جانب سے نظر ثانی**

نظر ثانی کردہ منجانب:

FRC یا EIS کے عملے کا دستخط:	جلی حروف میں نام:	تاریخ:
------------------------------	-------------------	--------

SOPAF FCP پیشگی نوٹس، رضامندی اور آمدنی/خرچ کی تصدیق کا فارم

