



WASHINGTON STATE
Department of
Children, Youth, and Families

嬰幼兒早期支援 (ESIT)

事先書面通知、公共及/或私人保險使用同意書以及收入與開支核實表

日期：		早期干預計劃 - LLA 或提供者：	
FRC 名稱：		FRC 電話：	

A 部分：身分識別資訊

兒童的真實姓名：	姓	名	中間名	兒童的出生日期：	xx/xx/xxxx
家長/監護人的姓名：			電話：		

B 部分：公共與私人醫療保健保障的事先書面通知以及符合家庭費用分擔要求的服務同意書 (由家長填寫 - 勾選所有適用項)

B.1. Apple Health for Kids/Medicaid (公共醫療保健承保範圍)

- 本人允許** ESIT 提供者向 Apple Health for Kids/Medicaid (本人的公共醫療保健保障) 提交針對 IDEA C 部分早期干預服務的索償，這些服務將根據本人子女的 IFSP 提供。本人授權 ESIT 向 Apple Health/Medicaid 透露個人身分識別資訊，以請求支付賠償金。本人理解，倘本人享受私人醫療保健保障/保險，Apple Health/Medicaid 有權要求我的保險公司償還費用。本人理解，本人可以隨時通知家庭資源統籌員撤銷該許可。
- 本人理解**，倘使用 Apple Health for Kids/Medicaid 會導致以下任何一種情況，早期干預提供者將獲得本人的同意：
 - 本人子女或其他家人的可用終身保險或任何其他保險福利的減少
 - 導致支付原本由 Medicaid 支付的服務費用
 - 導致本人子女或其他家人的 Medicaid 保費增加或取消
 - 基於健康相關的總費用，可能導致本人子女或其他家人喪失家庭與社區豁免資格。
- 本人不允許** ESIT 提供者向 Apple Health/Medicaid 提交針對 IDEA C 部分早期干預服務的索償，這些服務將根據本人子女的 IFSP 來提供。由於該決定，本人理解，本人必須填妥本表格的 C 及 D 部分以設立每月費用。本人理解，倘本人未填妥該表格的 C 及 D 部分，則會根據家庭人數將本人列入每月費用表上的最高級別。

本人同意所選付款方式的條款，並確認收到支付系統與費用政策 家長/監護人的簽名：	日期：
--	-----

B.2.私人醫療保健保障/保險

主要保險名稱：

保單號：

團體號：

次要保險名稱：

保單號：

團體號：

- 本人已獲悉本人的家庭可能因對 IDEA C 部分早期干預服務使用我的私人醫療保健保障/保險而產生的一般費用類別，例如：
- 定額手續費、共同保險、保費或自付額
 - 長期成本，例如因家庭保險單下的年度或終身保險上限而導致的福利損失
 - 使用保險可能會對家庭保險保障的可得性產生消極影響
 - 由於對 C 部分早期干預服務的支付，可能中止保險保障
 - 使用私人保險支付早期干預服務可能會影響保費
- 本人同意 ESIT 提供者向本人的私人醫療保健保障/保險提交針對 IDEA C 部分早期干預服務的索償，這些服務將根據本人子女的 IFSP 來提供。本人授權 ESIT 向本人的私人醫療保健保障/保險透露個人身分識別資訊，以請求支付賠償金。本人授權本人的私人醫療保健保障/保險向 ESIT 提供者支付服務費用。本人理解，本人可以隨時通知家庭資源統籌員撤銷該許可。
- 本人不同意 ESIT 提供者向本人的私人醫療保健保障/保險提交針對 C 部分早期干預服務的索償，這些服務將根據本人子女的 IFSP 來提供。本人理解，本人將負責根據每月費用表及標準支付這些服務的費用。本人理解，本人必須填妥本表格的 C 及 D 部分以設立每月費用。本人理解，倘本人未填妥該表格的 C 及 D 部分，則會根據家庭人數將本人列入每月費用表上的最高級別。
- 本人放棄填寫本表格的 C 及 D 部分，並理解這意味著，本人將負責使用本人的私人醫療保健保障所產生的所有定額手續費、共同保險以及自付額。

本人同意所選付款方式的條款，並確認收到支付系統與費用政策

日期：

家長/監護人的簽名：

B.3.沒有公共或私人醫療保健保障

- 本人已獲悉，將根據家庭人數及收入向本人收取每月費用，因為本人沒有私人或公共保險 (Apple Health for Kids/Medicaid) 保障來幫助支付 IDEA C 部分的早期干預服務，這些服務將根據本人子女的 IFSP 來提供。

本人同意所選付款方式的條款，並確認收到支付系統與費用政策

日期：

家長/監護人的簽名：

SOPAF FCP 事先通知、同意書及收入/開支核實表

C 部分：用於核實年收入的文件 (由家長填寫)

根據家庭人數及調整後年收入請求無力支付釐定費用的所有家庭或請求列入每月費用表中的所有家庭，皆需提供收入證明。(請注意，只需要一種文件類型作為收入證明。)

文件類型：僅選擇一項		家庭年度總收入：
<input type="checkbox"/>	自僱-其他非工資。請附上最近的 IRS 1040 報稅表。	
<input type="checkbox"/>	最後兩 (2) 次的連續工資單 (總收入)	
	<input type="checkbox"/> 每週金額	
	<input type="checkbox"/> 雙週金額	
	<input type="checkbox"/> 每月金額	
<input type="checkbox"/>	最近的 W2 及/或 1099 (表 W2 = 第 1 行 ; 1099 = 第 1、2 和 3 行的總數)	
<input type="checkbox"/>	附有薪酬或工資的書面記錄 (必須包括公司或僱主的名稱、地址、電話號碼以及主管或人力資源人員的簽名。)	

D 部分：允許的年度開支 (由家長填寫)

您必須在提交本表格時一併提供記載過去十二個月或上一個納稅年度內為子女及/或其他家人所產生的未報銷費用的文件。

允許的未報銷年度開支類別	開支金額
醫療、牙科和心理健康費用包括保費、定額手續費、共同保險、自付額以及非承保服務	
由持牌家庭健康機構提供的家庭健康護理	
兒童撫養費/贍養費	
工作或上學期間產生的兒童看護費用	
允許的年度總開支	

住戶總人數 (家庭人數)：

SOPAF FCP 事先通知、同意書及收入/開支核實表

E 部分：調整後年收入及無力支付釐定費用 (由 FRC 或 EIS 員工填寫)

收入、開支及每月費用資訊		
1.	年度總收入 (如 C 部分所記錄) :	
2.	允許的年度開支 (如 D 部分所記錄) :	
3.	年度開支豁免 (第 1 行 - 年度總收入乘以 0.10 或 10%) :	
4.	允許的年度總開支 (第 2 行減去第 3 行 ; 倘第 3 行大於第 2 行 , 則 在第 4 行中輸入 0) :	
5.	列入每月費用表的調整後收入 (第 1 行減第 4 行) :	

倘第 5 行低於家庭人數的聯邦貧困線 200% , 則滿足無力支付標準

<input type="checkbox"/>	是 - 對於有保險或無保險的家庭 , 家庭不需要支付定額手續費、共同保險、自付額或每月費用。IDEA C 部分或其他機構資金可能用於支付這些費用。	<input type="checkbox"/>	否 - 對於有保險的家庭 , 家庭自付額
		<input type="checkbox"/>	否 - 對於沒有保險的家庭或拒絕提供其保險資訊的家庭 , 將被列入每月費用表。 每月費用 : _____

F 部分：家長確認

本人在此保證 , 就本人所知 , 本表格上提供、審查及記錄的資訊是準確且完整的。

家長/監護人的簽名 :	日期 :
-------------	------

G 部分：工作人員對收入與開支核實表之審查

審查者 :

FRC 或 EIS 員工簽名 :	姓名 (正楷) :	日期 :
------------------	-------------	------

SOPAF FCP 事先通知、同意書及收入/開支核實表