



WASHINGTON STATE
Department of
Children, Youth, and Families

برنامه حمایت زود هنگام برای نوزادان و کودکان نوپا (ESIT)

اطلاعیه کتبی قبلی، رضایت برای دسترسی به بیمه دولتی و/یا خصوصی، فرم تایید درآمد و هزینه

تاریخ:	برنامه مداخله زود هنگام - LLA یا ارائه دهنده:
نام FRC:	شماره تلفن FRC:

بخش A: شناسایی اطلاعات

نام حقوقی کودک:	نام خانوادگی/تخلص	نام	میان نام	تاریخ تولد کودک:
نام (های) ولی/قیم:	تلفن:	xx/xx/xxxx		

بخش B: اطلاعیه کتبی قبلی و رضایت پوشش مراقبت های بهداشتی دولتی و خصوصی برای خدمات مشمول مشارکت خانواده در هزینه (تکمیل شده توسط والدین - همه موارد مربوطه را تیک/علامت بزنید)

B.1 .Apple Health for Kids/ Medicaid (پوشش مراقبت های بهداشتی دولتی برای اطفال)

- اینجانب به ارائه دهندگان ESIT اجازه می دهم نزد Apple Health for Kids/Medicaid (پوشش مراقبت های بهداشتی دولتی من) برای خدمات مداخله زود هنگام بخش C از IDEA که بر اساس IFSP فرزند من ارائه شود، ادعای بیمه کند. اینجانب به ESIT این اختیار را می دهم که به منظور درخواست پرداخت مزایا، نزد Apple Health/Medicaid اطلاعات شخصی قابل شناسایی ارائه کند. می دانم که اگر پوشش/بیمه مراقبت های بهداشتی خصوصی داشته باشم، Apple Health/Medicaid حق دارد هزینه ها را از حامل بیمه من پرداخت کند. اینجانب می دانم که می توانم از طریق اطلاع دادن به هماهنگ کننده منابع خانواده خود این اجازه را لغو کنم.
- می دانم که اگر دسترسی به Apple Health for Kids/Medicaid منجر به هر کدام از موارد زیر شود، ارائه دهندگان مداخله زود هنگام از من رضایت می گیرند.
- کاهش میزان پوشش مادام العمر یا سایر مزایای بیمه شده برای فرزند من یا سایر اعضای خانواده
 - منجر به پرداخت هزینه های خدماتی می شود که در غیر این صورت توسط Medicaid پرداخت می شود
 - منجر به هر گونه افزایش حق بیمه یا لغو Medicaid برای فرزند من یا سایر اعضای خانواده می شود
 - منجر به خطر از دست دادن واجدیت شرایط برای فرزند من و یا سایر اعضای خانواده برای معافیت های مبتنی بر خانه و جامعه بر اساس کل هزینه های مربوط به سلامتی می شود.
- اینجانب به ارائه دهندگان ESIT اجازه نمی دهم نزد Apple Health/Medicaid برای خدمات مداخله زود هنگام بخش C از IDEA که بر اساس IFSP فرزند من ارائه شود، ادعای بیمه کند. با توجه به این تصمیم، من می دانم که باید بخش های C و D این فرم را برای تعیین هزینه ماهانه خود تکمیل کنم. اگر بخش های C و D این فرم را تکمیل نکنم، می دانم که بر اساس اندازه خانواده خود در بالاترین سطح در جدول هزینه ماهانه قرار می گیرم.

من با شرایط پرداختی که انتخاب کرده ام موافقت کرده و دریافت سیستم پرداخت و سیاست هزینه ها را تایید می کنم امضا (های) ولی/قیم:	تاریخ:
---	--------

اعلامیه قبلی SOPAF FCP، رضایت، و فرم تایید درآمد/هزینه

B.2. پوشش/بیمه مراقبت های بهداشتی خصوصی

گروه #:

بیمه نامه #:

نام بیمه اولیه:

گروه #:

بیمه نامه #:

نام بیمه ثانویه:

- اینجانب از دسته بندی های کلی هزینه هایی که خانواده ام ممکن است در نتیجه استفاده از پوشش/بیمه مراقبت های بهداشتی خود برای خدمات مداخله اولیه بخش C از IDEA، مانند موارد زیر آگاه شده ام.
- سهم بیمه شده، بیمه مشترک، حق بیمه و فرانشیز
 - هزینه های بلند مدت، مانند از دست دادن مزایا به دلیل سقف بیمه سالیانه یا مادام العمر بر اساس بیمه نامه خانواده
 - احتمال اینکه استفاده از بیمه بر روی دسترسی پوشش بیمه خانواده تاثیر منفی بگذارد
 - احتمال اینکه پوشش بیمه به دلیل پرداخت بخش C خدمات مداخله زود هنگام متوقف شود
 - احتمال اینکه حق بیمه ممکن است توسط استفاده از بیمه خصوصی برای پرداخت هزینه خدمات مداخله زود هنگام تحت تاثیر قرار گیرد
- اینجانب رضایم می دهم که ارائه دهندگان ESIT نزد پوشش/بیمه مراقبت های بهداشتی خصوصی من برای خدمات مداخله زود هنگام بخش C از IDEA که بر اساس IFSP فرزند من ارائه شود، ادعای بیمه کند. اینجانب به ESIT این اختیار را می دهم که به منظور درخواست پرداخت مزایا اطلاعات شخصی قابل شناسایی را نزد پوشش/بیمه مراقبت های بهداشتی خصوصی من ارائه کند. اینجانب به پوشش/بیمه مراقبت های بهداشتی خصوصی اجازه می دهم به ارائه کننده ESIT هزینه پرداخت کند. اینجانب می دانم که می توانم از طریق اطلاع دادن به هماهنگ کننده منابع خانواده خود این اجازه را لغو کنم.
- اینجانب رضایم نمی دهم که ارائه دهندگان ESIT نزد پوشش/بیمه مراقبت های بهداشتی خصوصی من برای خدمات مداخله زود هنگام بخش C که بر اساس IFSP فرزند من ارائه شود، ادعای بیمه کند. می دانم که من مسئول پرداخت هزینه این خدمات بر اساس جدول زمانبندی هزینه ماهانه و معیارها خواهم بود. من می دانم که باید بخش های C و D این فرم را برای تعیین هزینه ماهانه خودم تکمیل کنم. اگر بخش های C و D این فرم را تکمیل نکنم، می دانم که بر اساس اندازه خانواده خود در بالاترین سطح در جدول هزینه ماهانه قرار می گیرم.
- اینجانب از تکمیل بخش های C و D این فرم صرف نظر کرده و می دانم که این بدان معنی است که من مسئول تمام سهم بیمه شده، بیمه مشترک و فرانشیز ناشی از استفاده از پوشش مراقبت های بهداشتی خصوصی خود خواهم بود.

من با شرایط پرداختی که انتخاب کرده ام موافقت کرده و دریافت سیستم پرداخت و سیاست هزینه ها تاریخ: _____ را تایید می کنم
امضا (های) ولی/نگهبان:

B.3. بدون پوشش مراقبت های بهداشتی دولتی و خصوصی

- من آگاه شده ام که بر اساس اندازه و درآمد خانواده هزینه ماهیانه برای من منظور خواهد شد زیرا پوشش بیمه خصوصی یا دولتی ندارم (Apple Health for Kids/Medicaid) تا در پرداخت هزینه بخش C از IDEA که بر اساس IFSP فرزند من ارائه شود، کمک کند.

من با شرایط پرداختی که انتخاب کرده ام موافقت کرده و دریافت سیستم پرداخت و سیاست هزینه ها تاریخ: _____ را تایید می کنم
امضا (های) ولی/قیم:

اعلامیه قبلی SOPAF FCP، رضایت، و فرم تایید درآمد/هزینه

بخش C: مستندات مورد استفاده برای تایید درآمد سالانه (تکمیل شده توسط والدین)

تمام خانواده هایی درخواست تعیین عدم توانایی در پرداخت می کنند و یا تمام خانواده هایی که تقاضای تعیین سطح برای جدول زمانبندی هزینه ماهانه بر اساس اندازه و درآمد تنظیم شده سالانه خانواده می کنند، باید مدرک درآمد ارائه دهند. (لطفا توجه داشته باشید که برای نشان دادن مدرک اثبات درآمد فقط یک نوع مدرک لازم است.)

نوع سند: فقط یک مورد را انتخاب کنید		مجموع درآمد سالانه خانوار:
<input type="checkbox"/>	خویش فرما-دیگر بدون حقوق. لطفا جدیدترین فرم مالیاتی IRS 1040 را اضافه کنید.	
<input type="checkbox"/>	دو (2) فیش حقوقی متوالی اخیر (درآمد ناخالص)	
<input type="checkbox"/>	میزان هفتگی	
<input type="checkbox"/>	میزان در دو هفته	
<input type="checkbox"/>	میزان ماهانه	
<input type="checkbox"/>	جدیدترین W2 (ها) و / یا 1099 (ها) (فرم W2 = خط 1؛ 1099 = مجموع خطوط 1، 2 و 3)	
<input type="checkbox"/>	Statement کتبی حقوق و دستمزد پیوست شده (شامل نام شرکت یا نام، آدرس، شماره تلفن کارفرما یا امضاء سرپرست کارمندان منابع انسانی).	

بخش D: هزینه های سالانه مجاز (تکمیل شده توسط والدین)

شما باید با این فرم مستندات هزینه های بازگردانده نشده برای فرزند و/یا سایر اعضای خانواده در طی دوازده ماه گذشته یا سال مالیاتی گذشته ارائه کنید.

مقدار هزینه	دسته بندی های هزینه های بازگردانده نشده سالانه مجاز
	هزینه های پزشکی، دندانپزشکی و بهداشت روانی شامل حق بیمه، سهم بیمه شده، بیمه مشترک، و فرانشیز و خدمات خارج از پوشش می شود
	مراقبت های بهداشتی داخل خانه ارائه شده توسط سازمان های مراقبت در خانه مجاز
	حمایت از کودک/پرداخت های نفقه
	هزینه های مراقبت از کودک متحمل شده در هنگام کار یا رفتن به دانشگاه
	مجموع هزینه های مجاز سالانه

تعداد کل افراد خانواده (اندازه خانواده):

اعلامیه قبلی SOPAF FCP، رضایت، و فرم تایید درآمد/هزینه

بخش E: درآمد سالانه تعدیل شده و عدم توانایی در پرداخت میزان تعیین شده (تکمیل شده توسط کارکنان FRC یا EIS)

اطلاعات درآمد، هزینه و هزینه ماهانه	
1.	درآمد سالانه کل (بر اساس میزان ذکر شده در بخش C):
2.	هزینه های سالانه مجاز (بر اساس میزان ذکر شده در بخش C):
3.	معافیت سالانه هزینه (خط 1 - مجموع درآمد سالانه ضربدر 0.10 یا 10٪):
4.	مجموع هزینه های سالی مجاز (خط 2 منهای خط 3؛ اگر خط 3 بیش از خط 2 است، در خط 4 صفر وارد کنید):
5.	درآمد تعدیل شده برای تعیین سطح در جدول زمان بندی هزینه ماهانه (خط 1 منهای خط 4):

در صورتی که خط 5 کمتر از 200٪ سطح خط فقر فدرال برای اندازه خانواده باشد، معیارهای عدم توانایی پرداخت را برآورده می کند	
<input type="checkbox"/>	بله - برای خانواده های با و بدون بیمه، خانواده ملزم به پرداخت سهم بیمه شده، بیمه مشترک، فرانشیز یا هزینه ماهانه نخواهد بود. بخش C از IDEA یا سایر صندوق های سازمان ممکن است برای پوشش این هزینه ها استفاده شود.
<input type="checkbox"/>	خیر - برای خانواده های بدون بیمه یا خانواده هایی که دسترسی به بیمه خود را رد می کنند، خانواده در جدول زمان بندی هزینه ماهانه قرار می گیرد. هزینه ماهانه: _____

بخش F: تایید والدین

اینجانب به این ترتیب تایید می کنم تا جایی که اطلاع دارم اطلاعات ارائه شده، بررسی شده و مستند در این فرم صحیح و کامل است.

امضا (های) ولی/قیم:	تاریخ:
---------------------	--------

بخش G: گزارش کارکنان از فرم درآمد و تایید هزینه

بازبینی شده بوسیله:

امضاء کارمند FRC یا EIS:	نام چاپی:	تاریخ:
--------------------------	-----------	--------

اعلامیه قبلی SOPAF FCP، رضایت، و فرم تایید درآمد/هزینه