



శిశువులు మరియు చిన్నారులకు తొలి మద్దతు (ESIT)

ముందస్తు లిఖితపూర్వక నోటీసు, పబ్లిక్ మరియు/లేదా ప్రైవేటు బీమా అందుబాటు చేసుకొనుటకు సమ్మతి, ఆదాయము మరియు వ్యయము వెరిఫికేషన్ ఫారము.

తేదీ:	ముందస్తు చర్యల కార్యక్రమము - LLA లేదా ప్రదాత:
FRC పేరు:	FRC ఫోన్:

విభాగము A: గుర్తించదగిన సమాచారము

చిన్నారి యొక్క చట్టబద్ధమైన పేరు:	ఆఖరి	మొదటి	మధ్యది	చిన్నారి యొక్క పుట్టిన తేదీ:	xx/xx/xxxx
తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకుల యొక్క పేరు(లు):			ఫోన్:		

సెక్షన్ B: కుటుంబ వ్యయ భాగస్వామ్యము (ఫ్యామిలీ కాస్ట్ షేరింగ్) నకు సంబంధించిన సేవల కొరకు పబ్లిక్ మరియు ప్రైవేట్ ఆరోగ్య రక్షణ వర్తింపు యొక్క ముందస్తు లిఖితపూర్వక నోటీసు మరియు సమ్మతి (పారెంట్ చే పూర్తి చేయబడాలి - వర్తింపు అన్నింటినీ టీక్ చేయండి)

B.1. చిన్నారుల కోసం ఆపిల్ హెల్త్/మెడిక్ఎయిడ్ (ప్రజారోగ్య రక్షణ వర్తింపు)

- మా చిన్నారి యొక్క IFSP కి అనుగుణంగా అందించబడే IDEA భాగము C ముందస్తు చర్యల సేవల కొరకు ఆపిల్ హెల్త్/ మెడిక్ఎయిడ్ వారికి క్లెయిములు సమర్పించడానికి ESIT ప్రదాతలకు **నేను అనుమతిని ఇస్తున్నాను**. ప్రయోజనాల యొక్క చెల్లింపును అభ్యర్థించుటకు గాను ఆపిల్ హెల్త్/ మెడిక్ఎయిడ్ వారికి వ్యక్తిగతంగా గుర్తించదగిన సమాచారమును విడుదల చేయడానికి నేను ESIT కి అధికారము ఇస్తున్నాను. కవేళ నేను ప్రైవేట్ ఆరోగ్య రక్షణ వర్తింపు/బీమాను కలిగియుంటే, నా బీమా కర్త నుండి వ్యయములను పొందడానికి ఆపిల్ హెల్త్/ మెడిక్ఎయిడ్ వారికి హక్కు ఉంటుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. మా ఫ్యామిలీ రిసోర్సెస్ కోఆర్డినేటరుకు తెలియజేయడం ద్వారా నేను ఈ అనుమతిని ఏ సమయములోనైనా పునరుద్ధరణ చేసుకోవచ్చునని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
- ఒకవేళ ఆపిల్ హెల్త్/ మెడిక్ఎయిడ్ అందుబాటు ఈ క్రిందివాటిలో దేనికైనా ఫలితమును ఇచ్చినట్లయితే, ముందస్తు చర్యల ప్రదాతలు నా సమ్మతిని తీసుకుంటారని **నేను అర్థం చేసుకున్నాను**:
 - అందుబాటులో ఉన్న జీవితకాల వర్తింపులో లేదా మా చిన్నారికి లేదా ఇతర కుటుంబ సభ్యులకు ఏదేని ఇతర బీమా ప్రయోజనము యొక్క తగ్గుదల
 - ఇతరత్రా మెడిక్ఎయిడ్ చే చెల్లించబడి ఉంటే అందువల్ల సేవలకు చెల్లింపు చేయుటలో కలిగిన ఫలితము
 - ప్రీమియములలో ఏదేని పెరుగుదల ఫలితము లేదా మా చిన్నారికి లేదా కుటుంబ సభ్యులకు మెడిక్ఎయిడ్ యొక్క రద్దు
 - సంపూర్ణ ఆరోగ్య-సంబంధిత వ్యయముల ఆధారంగా మా చిన్నారి లేదా ఇతర కుటుంబ సభ్యులు కమ్యూనిటీ-ఆధారిత మాఫీలకు అర్హతను కోల్పోయే ప్రమాదము.
- మా చిన్నారి యొక్క IFSP కి అనుగుణంగా అందించబడే IDEA భాగము C ముందస్తు చర్యల సేవల కొరకు ఆపిల్ హెల్త్/ మెడిక్ఎయిడ్ వారికి క్లెయిములు సమర్పించడానికి ESIT ప్రదాతలకు **నేను అనుమతిని ఇవ్వడం లేదు**. ఈ నిర్ణయము కారణంగా, నా నెలసరి రుసుమును నిర్ధారించుటకు గాను ఈ ఫారము యొక్క సెక్షన్లు C మరియు D లను తప్పనిసరిగా పూర్తి చేయాలని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. ఒకవేళ నేను ఈ ఫారము యొక్క సెక్షన్లు C మరియు D లను తప్పనిసరిగా పూర్తి చేయకపోతే, కుటుంబ సైజును బట్టి నెలసరి రుసుముల పెద్దూలుపై అత్యున్నత స్థాయిలో ఉంచబడతానని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

నేను ఎంచుకున్న చెల్లింపు ఐచ్ఛికము యొక్క షరతులకు నేను అంగీకరించుచున్నాను మరియు చెల్లింపులు మరియు రుసుముల పాలసీ యొక్క వ్యవస్థను అందుకున్నట్లుగా తెలియజేస్తున్నాను. తల్లి/తండ్రి లేదా / సంరక్షకుల సంతకము(లు):	తేదీ:
--	-------

SOPAF FCP ముందస్తు నోటీసు, సమ్మతి, & ఆదాయము/ వ్యయము పరిశీలన ఫారము

B.2. ప్రయివేటు ఆరోగ్య రక్షణ వర్తింపు/బీమా

ప్రాథమిక బీమా పేరు:	పాలసీ #	గ్రూప్#:
ద్వితీయ బీమా పేరు:	పాలసీ #	గ్రూప్#:

- ఈ క్రింది విధమైన IDEA భాగము C ముందస్తు చర్యల సేవల కోసం నా ప్రైవేటు ఆరోగ్య రక్షణ వర్తింపు/బీమాను ఉపయోగించిన ఫలితంగా నా కుటుంబము ఖర్చు పెట్టగల సాధారణ విభాగాల ఖర్చుల గురించి **నాకు అవగాహన కలిగించడమైనది**:
 - సహ-చెల్లింపులు, సహ-బీమా, లేదా విధించు కోతలు.

- కుటుంబము యొక్క బీమా పాలసీ క్రింద వార్షిక లేదా జీవితకాల బీమా చెల్లింపుల కారణంగా ప్రయోజనాల నష్టము వంటి దీర్ఘవధి ఖర్చులు
- కుటుంబము యొక్క బీమా వర్తింపు యొక్క లభ్యతను ప్రతికూలంగా దెబ్బతీయగల బీమా వినియోగపు సాధ్యత
- భాగము C ముందస్తు చర్యల సేవల కొరకు చెల్లింపు కారణంగా బీమా వర్తింపు ఆగిపోవచ్చునోమోననే సాధ్యత
- ముందస్తు చర్యల సేవల కొరకు చెల్లింపులకై ప్రైవేటు బీమా వినియోగము వల్ల బీమా ప్రీమియములు దెబ్బతినవచ్చుననే సంభావ్యత

- మా చిన్నారి యొక్క IFSP కి అనుగుణంగా అందించబడే IDEA భాగము C ముందస్తు చర్యల సేవల కొరకు నా ప్రైవేట్ ఆరోగ్య రక్షణ వర్తింపు/బీమా క్లెయిములు సమర్పించడానికి ESIT ప్రదాతలకు **నేను సమ్మతిని ఇస్తున్నాను.** ప్రయోజనాల యొక్క చెల్లింపును అభ్యర్థించుటకు గాను నా ప్రైవేట్ ఆరోగ్య రక్షణ వర్తింపు/బీమా వారికి వ్యక్తిగతంగా గుర్తించదగిన సమాచారమును విడుదల చేయడానికి నేను ESIT కి అధికారము ఇస్తున్నాను. ESIT ప్రదాతకు చెల్లింపులు చేయడానికి నా ప్రైవేట్ ఆరోగ్య రక్షణ వర్తింపు/బీమా వారికి నేను అధికారము ఇస్తున్నాను. మా ఫ్యామిలీ రిసోర్సెస్ కోఆర్డినేటరుకు తెలియజేయడం ద్వారా నేను ఈ అనుమతిని ఏ సమయములోనైనా పునరుద్ధరణ చేసుకోవచ్చునని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
- మా చిన్నారి యొక్క IFSP కి అనుగుణంగా అందించబడే IDEA భాగము C ముందస్తు చర్యల సేవల కొరకు నా ప్రైవేట్ ఆరోగ్య రక్షణ వర్తింపు/బీమా క్లెయిములు సమర్పించడానికి ESIT ప్రదాతలకు **నేను సమ్మతిని ఇవ్వడం లేదు.** నెలసరి రుసుముల షెడ్యూలు మరియు ప్రాతిపదిక ఆధారంగా ఈ సేవల కొరకు చెల్లింపు చేయడానికి నేను జవాబుదారీగా ఉంటానని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. నా నెలసరి రుసుమును నిర్ధారించుటకు గాను ఈ ఫారము యొక్క సెక్షన్లు C మరియు D లను తప్పనిసరిగా పూర్తి చేయాలని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. ఒకవేళ నేను ఈ ఫారము యొక్క సెక్షన్లు C మరియు D లను తప్పనిసరిగా పూర్తి చేయకపోతే, కుటుంబ సైజును బట్టి నెలసరి రుసుముల షెడ్యూలుపై అత్యున్నత స్థాయిలో ఉంచబడతానని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
- నేను ఈ ఫారము యొక్క సెక్షన్లు C మరియు D లను **నేను మాఫీ చేస్తున్నాను** మరియు అలా చేయడం అంటే నా ప్రైవేటు ఆరోగ్య రక్షణ వర్తింపు యొక్క వినియోగము ఫలితంగా సహ-చెల్లింపులు, సహ-బీమా మరియు కోతల విధింపులు అన్నింటికీ నేను బాధ్యత వహిస్తానని అర్థం చేసుకున్నాను.

నేను ఎంచుకున్న చెల్లింపు ఐచ్ఛికము యొక్క షరతులకు నేను అంగీకరించుచున్నాను మరియు చెల్లింపులు మరియు రుసుముల పాలసీ యొక్క వ్యవస్థను అందుకున్నట్లుగా తెలియజేస్తున్నాను. తేదీ:
 తల్లి/తండ్రి లేదా/సంరక్షకుల సంతకము(లు):

B.3. టువంటి పబ్లిక్ లేదా ప్రైవేటు ఆరోగ్య రక్షణ వర్తింపు లేదు

- మా చిన్నారి యొక్క IFSP కి అనుగుణంగా అందించబడే IDEA భాగము C ముందస్తు చర్యల సేవల కొరకు చెల్లింపులో సహాయపడటానికి నాకు ప్రైవేటు లేదా పబ్లిక్ బీమా వర్తింపు (పిల్లలకు ఆపిల్ హెల్త్/ మెడిక్ఎయిడ్) గానీ ఏదీ లేని కారణంగా నా కుటుంబ సైజు మరియు ఆదాయము ఆధారంగా నా నుండి ఒక నెలసరి రుసుము వసూలు చేసుకోబడుతుందని **నాకు అవగాహన కలిగించడమైనది.**

నేను ఎంచుకున్న చెల్లింపు ఐచ్ఛికము యొక్క షరతులకు నేను అంగీకరించుచున్నాను మరియు చెల్లింపులు మరియు రుసుముల పాలసీ యొక్క వ్యవస్థను అందుకున్నట్లుగా తెలియజేస్తున్నాను. తేదీ:
 తల్లి/తండ్రి లేదా/సంరక్షకుల సంతకము(లు):

SOPAF FCP ముందస్తు నోటీసు, సమ్మతి, & ఆదాయము/ వ్యయము పరిశీలన ఫారము విభాగము 'C': వార్షిక ఆదాయమును సరి చూసుకొనుటకు ఉపయోగించబడే డాక్యుమెంటేషన్ (తల్లి/తండ్రిచే పూర్తి చేయబడాలి)

నిర్ధారిత చెల్లింపు మొత్తాలను చెల్లించుటకు అశక్తతను అభ్యర్థించే అన్ని కుటుంబాలూ లేదా కుటుంబ సైజు మరియు సర్దుబాటు చేయబడిన వార్షిక ఆదాయము ఆధారంగా నెలసరి రుసుముల షెడ్యూలుపై ఉంచబడటాన్ని అభ్యర్థించే అన్ని కుటుంబాలూ ఆదాయము ఋజువును సమర్పించవలసి ఉంటుంది. (ఆదాయము ఋజువును ప్రదర్శించుటకు కేవలం ఒకే ఒక్క డాక్యుమెంటు రకమే అవసరం అవుతుందని దయచేసి గమనించండి)

డాక్యుమెంటేషన్ రకము: ఒక్కటి మాత్రమే ఎంపిక చేయండి		కుటుంబము యొక్క మొత్తం ఆదాయము:
<input type="checkbox"/>	స్వయం-ఉపాధి - ఇతర వేతనేతరము. దయచేసి అత్యంత అధునాతన IRS 1040 ట్యాక్స్ ఫారమును చేర్చండి.	
<input type="checkbox"/>	వరుసగా గత రెండు (2) వేతన చెల్లింపు స్లిప్పులు (స్కాలార్ డాయము)	
<input type="checkbox"/>	వారంవారీ మొత్తము	
<input type="checkbox"/>	రెండు వారాల మొత్తము	
<input type="checkbox"/>	నెలవారీ మొత్తము.	
<input type="checkbox"/>	అత్యంత తాజా W2(s) మరియు/లేదా 1099(లు) (ఫారము W2=లైన్ 1; 1099=మొత్తం లైన్లు 1, 2 & 3)	

□	జతచేయబడిన లిఖితపూర్వక స్వీయ ప్రకటన (ఇందులో తప్పనిసరిగా కంపెనీ లేదా ఉద్యోగ యజమాని పేరు, చిరునామా, ఫోన్ నంబరు, మరియు సూపర్వైజర్ లేదా మానవ వనరుల సిబ్బంది సంతకము ఉండాలి)	
---	---	--

విభాగము 'D': అనుమతించదగిన వార్షిక ఖర్చులు (పేరెంట్ చే పూర్తి చేయబడాలి)

ఈ ఫారముతో పాటుగా మీరు, గత పన్నెండు నెలల కాలములో, లేదా మునుపటి పన్ను సంవత్సరములో చిన్నారికి మరియు / లేదా ఇతర కుటుంబ సభ్యులకు ఖర్చు చేసిన తిరిగి-ఇవ్వబడని ఖర్చుల డాక్యుమెంటేషన్ ను ఇవ్వాలి.

అనుమతించదగిన తిరిగి ఇవ్వబడని వార్షిక ఖర్చుల విభాగములు	ఖర్చు మొత్తము
ప్రీమియములు, సహ-చెల్లింపులు, సహ-బీమా, కోతలు చేయదగినవి, మరియు వర్తింపు చేయబడని సేవలతో సహా వైద్య, దంత సంబంధిత మరియు మానసిక ఆరోగ్య సంబంధిత ఖర్చులు.	
లైసెన్సు పొందిన హోమ్ హెల్త్ ఏజెన్సీ చే అందించబడిన గృహ ఆరోగ్య రక్షణ చిన్నారి మద్దతు/మనోవర్తి చెల్లింపులు	
పని చేయుచుండగా లేదా బడికి వెళుతుండగా చేసిన చిన్నారి రక్షణ ఖర్చులు	
మొత్తం అనుమతించదగిన వార్షిక వ్యయములు	

ఇంటిలో నివసించు మొత్తం వ్యక్తుల సంఖ్య (కుటుంబ సైజు):

SOPAF FCP ముందస్తు నోటీసు, సమ్మతి, & ఆదాయము/ వ్యయము పరిశీలన ఫారము

విభాగము E: సర్దుబాటు చేయబడిన వార్షికాదాయము మరియు చెల్లించుటకు అశక్త నిర్ధారణ (FRC లేదా EIS సిబ్బందిచే పూర్తి చేయబడాలి)

ఆదాయము, వ్యయము మరియు నెలసరి రుసుము సమాచారము	
1.	మొత్తం వార్షికాదాయము (సెక్షన్ C లో నిర్ధారించినట్లుగా):
2.	అనుమతించదగిన వార్షిక వ్యయములు (సెక్షన్ D లో డాక్యుమెంట్ చేయబడినట్లుగా):
3.	వార్షిక వ్యయముల మినహాయింపు (లైన్ 1 - మొత్తం వార్షిక ఆదాయము X 0.10 లేదా 10% చే గుణింపు):
4.	మొత్తం అనుమతించదగిన సంవత్సర ఖర్చులు (లైన్ 2 మైనస్ లైన్ 3; ఒకవేళ లైన్ 3 లైన్ 2 కంటే ఎక్కువది ఐతే, లైన్ 4 లో 0 ఎంటర్ చేయండి):
5.	నెలవారీ రుసుముల షెడ్యూలుపై ఉంచుటకు సర్దుబాటు చేయబడిన ఆదాయము (లైన్ 1 మైనస్ లైన్ 4):

లైన్ 5 గనక కుటుంబ సైజుకు సమాఖ్య దార్శిన్య మట్లము యొక్క 200% కు దిగువన ఉంటే చెల్లించుటకు అశక్త ప్రాతిపదికను తీరుస్తుంది.			
<input type="checkbox"/>	ఔను - బీమాతో ఉన్న లేదా బీమా లేకున్న కుటుంబాలకు, ఆ కుటుంబము సహ-చెల్లింపులు, సహ-బీమా, మినహాయించదగిన లేదా నెలవారీ రుసుము చెల్లించాల్సిన అవసరము ఉండదు. ఈ ఖర్చులను భర్తీ చేసుకోవడానికి IDEA భాగము C లేదా ఇతర విజెన్సీ నిధులను ఉపయోగించుకోవచ్చు.	<input type="checkbox"/>	లేదు - బీమాతో ఉన్న కుటుంబాలకు, కుటుంబ మినహాయింపులు (కోతలు)
		<input type="checkbox"/>	లేదు - బీమా లేని కుటుంబాలకు లేదా వారి బీమాను అందుబాటు చేసుకోవడానికి తిరస్కరించే కుటుంబాలకు, కుటుంబము నెలసరి రుసుము షెడ్యూలుపై ఉంచబడుతుంది. నెలసరి రుసుము: _____

విభాగము F: పేరెంట్ నిర్ధారణ

ఈ ఫారముపై ఇవ్వబడిన, సమీక్షించబడిన మరియు డాక్యుమెంట్ చేయబడిన సమాచారము నా అత్యుత్తమ పరిజ్ఞానము మేరకు ఖచ్చితమైనది మరియు సంపూర్ణమైనదని ఇందుమూలముగా నేను నిర్ధారించుచున్నాను.

తల్లి/తండ్రి లేదా/సంరక్షకుల సంతకము(లు):	తేదీ:
---	-------

విభాగము G: ఆదాయము మరియు వ్యయము వెరిఫికేషన్ ఫారము యొక్క సిబ్బంది సమీక్ష

సమీక్షించిన వారు:

FRC లేదా EIS సిబ్బంది సంతకము:	ముద్రించబడిన పేరు:	తేదీ:
-------------------------------	--------------------	-------

SOPAF FCP ముందస్తు నోటీసు, సమ్మతి, & ఆదాయము/ వ్యయము పరిశీలన ఫారము

