



குழந்தைகள் & நடக்கத்தொடங்கும் குழந்தைகளுக்கான முன் ஆதரவு

முன் எழுத்துப்பூர்வ அறிவிப்பு, பொது மற்றும் / அல்லது தனியார் காப்பீடு, வருமானம் மற்றும் செலவு சரிபார்ப்பு படிவத்தை அணுகுவதற்கான ஒப்புதல்

நாள்:	ஆரம்பத் தலையீட்டுத் திட்டம் - LLA அல்லது வழங்குநர்:
FRC பெயர்:	FRC தொலைபேசி:

பிரிவு A: தகவல் அடையாளம் காணுதல்

குழந்தையின் சட்டப்பூர்வப் பெயர்:	கடைசி	முதல்	நடு	குழந்தையின் பிறந்த தேதி:	XX / XX / XXXX
பெற்றோர் / பாதுகாவலர் பெயர் (கள்):			தொலைபேசி:		

பிரிவு B: குடும்ப செலவின பங்கேற்புத் தொடர்புடைய சேவைகளுக்கான பொது மற்றும் தனியார் சுகாதார கவனிப்பு உள்ளடக்கத்திற்கான முன் எழுத்துப்பூர்வ அறிவிப்பு மற்றும் ஒப்புதல் (பெற்றோரால் செய்யப்பட வேண்டும் - பொருந்தும் அனைத்திற்கும் சரி குறியிடவும்)

B.1. குழந்தைகளுக்கான ஆப்பிள் சுகாதாரம் / மெடிகாய்டு (பொது சுகாதாரக் கவனிப்பு உள்ளடக்கம்)

- என் குழந்தையின் IFSP க்கு ஏற்ப வழங்கப்படும் IDEA பாகம் C ஆரம்ப தலையீட்டுச் சேவைகளுக்கான கட்டணத்தை குழந்தைகளுக்கான ஆப்பிள் சுகாதாரம் / மெடிகாய்டு (பொது சுகாதாரக் கவனிப்பு உள்ளடக்கம்) போன்றவைகளுக்கு சமர்ப்பிக்க நான் **எனது அனுமதியை** வழங்குகிறேன். நான் பணத்தேவை நன்மைக்காக, ESIT தனிப்பட்ட முறையில் அடையாளங்காணக்கூடிய தகவலை ஆப்பிள் சுகாதாரம் / மெடிகாய்டு போன்றவைகளுக்கு வெளியிடுவதை நான் அங்கீகரிக்கிறேன். நான் தனியார் சுகாதார பாதுகாப்பு / காப்பீடு வைத்திருந்தால், ஆப்பிள் சுகாதாரம் / மெடிகாய்டு போன்றவைகளுக்கு எனது காப்பீட்டுக் கேரியலில் இருந்து செலவுகளை ஈடு செய்ய உரிமை உள்ளது என்று நான் புரிந்துகொள்கிறேன். எனது குடும்ப வளங்கள் ஒருங்கிணைப்பாடுக்குத் தெரிவித்து நான் எந்த நேரத்திலும் இந்த அனுமதியை திரும்பப்பெறக்கூடும் என்பதை புரிந்துகொள்கிறேன்.
- குழந்தைகளுக்கான ஆப்பிள் சுகாதாரம் / மெடிகாய்டு பின்வரும் எந்த விளைவுகளையும் ஏற்படுத்தும் என்றால், ஆரம்பகால தலையீட்டு வழங்குநர்கள் என்னுடைய ஒப்புதலைப் பெறுவார்கள் என்று **நான் புரிந்துகொள்கிறேன்**:
 - > என் குழந்தை அல்லது பிற குடும்ப உறுப்பினர்களுக்கு கிடைக்கக்கூடிய வாழ்நாள் காப்பீட்டில் குறைவு அல்லது வேறு காப்பீட்டு நன்மை குறைதல்
 - > இல்லையெனில் மெடிகாய்டுக்குப் பணம் செலுத்திய சேவைகளுக்கு பணம் செலுத்துவதால் ஏற்படும் விளைவு
 - > என் குழந்தை அல்லது பிற குடும்ப உறுப்பினர்களுக்கான மெடிகாய்டின் எந்தொரு பிரிமியம் அதிகரிப்பு அல்லது ரத்து செய்வதின் விளைவு
 - > எனது குழந்தை அல்லது பிற குடும்ப உறுப்பினர்களுக்கு வீட்டு மற்றும் சமூக அடிப்படையிலான சலுகைகளை மொத்த சுகாதார சம்பந்தப்பட்ட செலவினங்களின் அடிப்படையில் தகுதியை இழப்பதற்கான ஆபத்து.
- என் குழந்தையின் IFSP க்கு ஏற்ப வழங்கப்படும் IDEA பாகம் C ஆரம்ப தலையீட்டுச் சேவைகளுக்கான கட்டணத்தை குழந்தைகளுக்கான ஆப்பிள் சுகாதாரம் / மெடிகாய்டு போன்றவைகளுக்கு சமர்ப்பிக்க **நான் எனது அனுமதியை வழங்கவில்லை**. இந்த முடிவு காரணமாக, எனது மாதாந்திரக் கட்டணத்தை நிர்ணயிப்பதற்காக இந்த படிவத்தின் பிரிவு C மற்றும் D ஐ பூர்த்திசெய்ய வேண்டும் என்பதை நான் புரிந்து கொள்கிறேன். இந்த படிவத்தின் பிரிவுகள் C மற்றும் D ஐ பூர்த்தி செய்யாவிட்டால், குடும்பத்தின் அளவின் அடிப்படையில் மாத கட்டண அட்டவணையில் நான் மிக உயர்ந்த மட்டத்தில் வைக்கப்படுவேன் என்று புரிந்துகொள்கிறேன்.

நான் தேர்ந்தெடுத்த கட்டண விருப்பத்தின் விதிமுறைகளை ஒப்புக்கொள்கிறேன் மற்றும் கட்டண முறை மற்றும் கட்டண கொள்கையின் இரகசியத்தை ஏற்றுக்கொள்கிறேன். பெற்றோர் / காப்பாளர் கையொப்பம் (கள்):	நாள்:
--	-------

SOPAF FCP முன் அறிவிப்பு, ஒப்புதல் & வருமானம் / செலவு சரிபார்ப்புப் படிவம்

B.2. தனியார் சுகாதாரக் கவனிப்பு நன்மை / காப்பீடு

முதன்மை காப்பீட்டுப் பெயர்:

கொள்கை #:

குழு #:

இரண்டாம் நிலை காப்பீட்டுப் பெயர்:

கொள்கை #:

குழு #:

- IDEA பாகம் C ஆரம்ப தலையீட்டு சேவைகளின்படி என் தனிப்பட்ட சுகாதார பாதுகாப்பு / காப்பீட்டைப் பயன்படுத்துவதன் விளைவாக என் குடும்பம் செலுத்தவேண்டிய பொது செலவு வகைகள் பற்றி **நான் தெரிந்து இருக்கிறேன்**:
 - > இணை-கட்டணங்கள், இணை காப்பீடு, பிரீமியங்கள், அல்லது கழிவுகள்
 - > குடும்ப காப்பீட்டு பாஸிசியன் கீழ் வருடாந்திர அல்லது வாழ்நாள் காப்பீட்டு நன்மைகளின் இழப்பு போன்ற நீண்ட கால செலவுகள்
 - > காப்பீட்டின் பயன் குடும்ப காப்பீட்டின் நன்மை கிடைப்பதை எதிர்மறையாக பாதிக்கும் வாய்ப்பு
 - > பகுதி C ஆரம்ப தலையீட்டுச் சேவைகளுக்கு பணம் செலுத்துவதன் காரணமாக காப்பீட்டுத் திட்டம் நிறுத்தப்படலாம்
 - > தற்காலிக தலையீட்டுச் சேவைகளுக்கு தனியார் காப்பீட்டை பயன்படுத்துவதன் மூலம் காப்பீட்டு பிரிமியம் செலுத்துவது பாதிக்கப்படும் சாத்தியக்கூறுகள் இருக்கலாம்.
- என் குழந்தையின் IFSP க்கு ஏற்ப வழங்கப்படும் IDEA பாகம் C ஆரம்ப தலையீட்டுச் சேவைகளுக்கான கட்டணத்தை என்னுடைய தனியார் சுகாதார கவனிப்பு நன்மை / காப்பீடு (பொது சுகாதாரக் கவனிப்பு உள்ளடக்கம்) போன்றவைகளுக்கு சமர்ப்பிக்க **நான் எனது அனுமதியை வழங்குகிறேன்**. நான் பணத்தேவை நன்மைக்காக ESIT தனிப்பட்ட முறையில் அடையாளங்காணக்கூடிய தகவலை தனியார் சுகாதாரக் கவனிப்பு நன்மை / மெடிகாய்டு போன்றவைகளுக்கு வெளியிடுவதை நான் அங்கீகரிக்கிறேன். ESIT வழங்குநருக்கு பணம் செலுத்துவதற்காக எனது தனிப்பட்ட சுகாதார கவனிப்பு நன்மை / காப்பீட்டை நான் அங்கீகரிக்கிறேன். எனது குடும்ப வளங்கள் ஒருங்கிணைப்பாடுக்குத் தெரிவித்து நான் எந்த நேரத்திலும் இந்த அனுமதியை திரும்பப்பெறக்கூடும் என்பதை புரிந்துகொள்கிறேன்.
- என் குழந்தையின் IFSP க்கு ஏற்ப வழங்கப்படும் IDEA பாகம் C ஆரம்ப தலையீட்டுச் சேவைகளுக்கான என்னுடைய தனியார் சுகாதார கவனிப்பு நன்மை / காப்பீடு போன்றவைகளுக்கு சமர்ப்பிக்க **நான் எனது அனுமதியை வழங்கவில்லை**. நான் மாதாந்திர கட்டண மற்றும் முறையின் அடிப்படையில் இந்த சேவைகளுக்கான கட்டணத்தை செலுத்தும் பொறுப்பு என்னுடையது என்று புரிந்து கொள்கிறேன். எனது மாதாந்திரக் கட்டணத்தை நிர்ணயிப்பதற்காக இந்த படிவத்தின் பிரிவு C மற்றும் D ஐ பூர்த்திசெய்ய வேண்டும் என்பதை நான் புரிந்து கொள்கிறேன். இந்த படிவத்தின் பிரிவுகள் C மற்றும் D ஐ பூர்த்தி செய்யாவிட்டால், குடும்பத்தின் அளவின் அடிப்படையில் மாத கட்டண அட்டவணையில் நான் மிக உயர்ந்த மட்டத்தில் வைக்கப்படுவேன் என்று புரிந்துகொள்கிறேன்.
- இந்த படிவத்தின் பிரிவுகள் C மற்றும் D ஐ பூர்த்தி செய்வதை நான் கைவிடுகிறேன் என்பது எனது தனியார் சுகாதார நன்மையினால் ஏற்படும் அனைத்து கோபேக்கள், இணை காப்பீடு மற்றும் கழிவுகள் ஆகியவற்றிற்கு நான் பொறுப்பாக இருப்பேன் என்பது பொருள் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.

நான் தேர்ந்தெடுத்த கட்டண விருப்பத்தின் விதிமுறைகளை ஒப்புக்கொள்கிறேன் நான் :
 மற்றும் கட்டண முறை மற்றும் கட்டண கொள்கையின் இரகசீதை
 ஏற்றுக்கொள்கிறேன்.
 பெற்றோர் / காப்பாளர் கையொப்பம் (கள்) :

B.3. பொது அல்லது தனியார் சுகாதார கவனிப்பு நன்மை இல்லை

- என் குழந்தையின் IFSP க்கு ஏற்ப வழங்கப்படும் IDEA பாகம் C ஆரம்ப தலையீட்டுச் சேவைகளுக்கான கட்டணத்தை செலுத்துவதற்கு தனியார் மற்றும் பொது (ஆப்பிள் சுகாதாரம் / மெடிகாய்டு) நன்மையை நான் கொண்டிருக்கவில்லை என்பதால் என் குடும்பத்தின் அளவு மற்றும் வருமானத்தின் அடிப்படையில் மாதக்கட்டணம் செலுத்தவேண்டியிருக்கும் என்பதை நான் புரிந்துகொண்டிருக்கிறேன்.

நான் தேர்ந்தெடுத்த கட்டண விருப்பத்தின் விதிமுறைகளை ஒப்புக்கொள்கிறேன் நான் :
 மற்றும் கட்டண முறை மற்றும் கட்டண கொள்கையின் இரகசீதை
 ஏற்றுக்கொள்கிறேன்.
 பெற்றோர் / காப்பாளர் கையொப்பம் (கள்) :

SOPAF FCP முன் அறிவிப்பு, ஒப்புதல் & வருமானம் / செலவு சரிபார்ப்புப் படிவம் பிரிவு C: வருடாந்த வருமானத்தை சரிபார்ப்பதற்கான ஆவணங்கள் (பெற்றோரால் முடிக்கப்பட்டது)

முடிவுத் தொகையை செலுத்த இயலவில்லை என்று கோருகின்றே அனைத்துக் குடும்பங்களும் அல்லது குடும்பத்தின் அளவு, சரிசெய்யப்பட்ட ஆண்டு வருமானம் போன்றவற்றை அடிப்படையாகக் கொண்டு மாதாந்திர கட்டண அட்டவணையில் இடம் வேண்டுமெனக் கோருகின்ற அனைத்து குடும்பங்களுக்கும் வருமானச் சான்று வழங்க வேண்டும். (வருவாய் ஆதாரத்தை நிரூபிக்க ஒரே ஒரு ஆவண வகை தேவைப்படும் என்பதை நினைவில் கொள்க.)

ஆவண வகை: ஒன்றை மட்டும் தேர்ந்தெடுக்கவும்	வீட்டு வருடாந்திர வருமானம் :
<input type="checkbox"/> சுய- வேலையில்-மற்ற ஊதியம் அல்லாத. சமீபத்திய IRS 1040 வரி வடிவத்தை கையெழுத்து சேர்க்கவும்.	

<input type="checkbox"/>	கடந்த இரண்டு (2) தொடர்ச்சியான ஊதியங்கள் (மொத்த வருமானம்)		
	<input type="checkbox"/>	வாராந்திர தொகை	
	<input type="checkbox"/>	இரண்டு- வாராந்திர தொகை	
	<input type="checkbox"/>	மாதாந்த தொகை	
<input type="checkbox"/>	மிக சமீபத்திய W2 (கள்) மற்றும் / அல்லது 1099 (கள்) (படிவம் W2 = வரி 1; 1099 = மொத்த வரிகள் 1, 2 & 3)		
<input type="checkbox"/>	எழுத்துப்பூர்வ சம்பளம் அல்லது ஊதிய அறிக்கை இணைக்கப்பட்டுள்ளது (நிறுவனத்தின் அல்லது முதலாளியின் பெயர், முகவரி, தொலைபேசி எண் மற்றும் மேற்பார்வையாளர் அல்லது மனித வள ஊழியர்கள் கையொப்பம் ஆகியவற்றை உள்ளடங்கியிருக்க வேண்டும்).		

பிரிவு D: அனுமதிக்கப்பட்ட ஆண்டு செலவுகள் (பெற்றோரால் நிரப்பப்பட வேண்டும்)

கடந்த பன்னிரண்டு மாதங்கள் அல்லது முந்தைய வரி வருடத்தில் குழந்தை மற்றும் / அல்லது பிற குடும்ப உறுப்பினர்களுக்கு செய்யப்பட்ட திரும்பவழங்கப்படாத செலவுகளுக்கான ஆவணங்களை இந்தப் படிவத்துடன் வழங்க வேண்டும்.

அனுமதிக்கப்படும் திரும்பவழங்கப்படாத ஆண்டு செலவின வகைகள்	செலவு தொகை
பிரீமியங்கள், இணை செலுத்துதல்கள், இணை காப்பீடு, கழிவுகள் மற்றும் உள்ளடங்காத சேவைகள் உள்ளிட்ட மருத்து, பல் மற்றும் மனநல சுகாதார செலவுகள்	
உரிமம் பெற்ற வீட்டு சுகாதார நிறுவனம் வழங்கிய வீட்டுச் சுகாதாரப் பராமரிப்பு	
குழந்தை ஆதரவு / அலிமொனி கட்டணங்கள்	
வேலைசெய்யும்போது அல்லது பள்ளிக்கூடம் செல்லும் போது குழந்தையைக் கவனிப்புச் செலவுகள்	
மொத்த அனுமதிக்கப்பட்ட ஆண்டு செலவுகள்	

குடும்பத்தில் மொத்த உறுப்பினர்களின் எண்ணிக்கை (குடும்ப அளவு) :	
--	--

SOPAF FCP முன் அறிவிப்பு, ஒப்புதல் & வருமானம் / செலவு சரிபார்ப்புப் படிவம்

பிரிவு E: சரிசெய்யப்பட்ட வருடாந்த வருமானம் மற்றும் முடிவுத் தொகையை செலுத்த இயலாமை (FRC அல்லது EIS ஊழியர்களால் நிரப்பப்பட்டது)

வருமானம், செலவு, மற்றும் மாதாந்திர கட்டணத் தகவல்	
1.	மொத்த வருடாந்திர வருமானம் (பிரிவு C இல் ஆவணப்படுத்தப்பட்டுள்ளது) :
2.	அனுமதிக்கப்பட்ட ஆண்டு செலவுகள் (பிரிவு D இல் ஆவணப்படுத்தப்பட்டுள்ளது) :
3.	வருடாந்திர செலவு விலக்கு (வரி 1 - மொத்த ஆண்டு வருவாய் 0.10 அல்லது 10% பெருக்கப்பட்டது) :
4.	மொத்த அனுமதிக்கப்பட்ட ஆண்டு வருடாந்திர செலவுகள் (வரி2 கழித்தல் வரி3; வரி3, வரி2 விட அதிகமாக இருந்தால், வரி 4இல் 0 என உள்ளிடவும்) :
5.	மாதாந்திர கட்டணம் அட்டவணையில் இடம் பெறும் வருமானம் (வரி 1 மைனஸ் வரி 4) :

வரி5 குடும்ப அளவின் பெடரல் ஏழ்மை மட்டத்தின் 200% குறைவாக உள்ளது எனில், செலுத்த இயலவில்லை என்ற வகையில் சேர்கிறது			
<input type="checkbox"/>	ஆமாம் - காப்பீடு உடைய அல்லது இல்லாத குடும்பங்கள், கோபேக்ள், இணை காப்பீடு, கழிவுகள் அல்லது மாதாந்திர கட்டணம் செலுத்த தேவையில்லை. IDEA பகுதி C அல்லது பிற நிறுவன நிதிகள் இந்த செலவினங்களுக்குக் கையாளப்படலாம்	<input type="checkbox"/>	இல்லை - காப்பீட்டு உடைய குடும்பங்களுக்கு, குடும்ப கழிவுகள்
		<input type="checkbox"/>	இல்லை - காப்பீடு இல்லாத குடும்பங்கள் அல்லது காப்பீடு அணுகளை மறுத்த குடும்பங்களுக்கு, மாதாந்த கட்டண அட்டவணையில் குடும்பம் சேர்க்கப்படுகிறது. மாதாந்திர கட்டணம்: _____

பிரிவு F: பெற்றோர் உறுதி

இந்தப் படிவத்தில் வழங்கப்பட்ட, மதிப்பாய்வு செய்யப்பட்ட மற்றும் ஆவணப்படுத்தப்பட்டுள்ள தகவலை துல்லியமாகவும், எனது அறிவுக்கு மிகச் சிறந்ததாகவும் இருக்கின்றது என்பதை நான் உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

பெற்றோர் / காப்பாளர் கையொப்பம் (கள்) :	நாள் :
--	--------

பிரிவு ஜி: வருமானம் மற்றும் செலவு சரிபார்ப்பு படிவத்தின் பணியாளர் மதிப்பீடு

மதிப்பீடு செய்யப்பட்டது:

FRC அல்லது EIS பணியாளர் கையொப்பம்:	அச்சிடப்பட்ட பெயர்:	நாள் :
------------------------------------	---------------------	--------

SOPAF FCP முன் அறிவிப்பு, ஒப்புதல் & வருமானம் / செலவு சரிபார்ப்புப் படிவம்

