WASHINGTON STATE
Department of
Children, Youth, and Families

Рання підтримка новонароджених та дітей віком від 2 до 3 років
(Early Support for Infants & Toddlers, програма ESIT)

Попереднє письмове повідомлення, згода щодо доступу до державних та приватних страховок і форма контролю доходів та витрат

Дата:		Програма раннього втручання – місцева провідна організація (LLA) або постачальник послуг:	
Координатор ресурсів для родин:		Телефон координатора:	

Розділ А: Ідентифікаційна інформація

Офіційне повне ім'я дитини:				Дата народження дитини:	
	Прізвище	Ім'я	Друге ім'я		хх/хх/хххх
Ім'я(-ена) та прізвище(-а) батька/матері або опікуна:				Телефон:	

Розділ В: Державне та приватне страхування - Попереднє письмове повідомлення для і згода *на отримання послуг, які передбачають фінансову участь родин у покритті їхньої вартості*

В.1. Програма для дітей Apple Health for Kids / Medicaid (державне медичне страхування)
(Family Cost Participation) (заповнюється батьком або матір'ю - відмітьте все, що вас стосується)

☐ **Я даю дозвіл** постачальникам послуг програми ESIT на подання до програми Apple Health for Kids/Medicaid (моя державна програма медичного страхування) заяв про оплату послуг раннього втручання згідно Частини С Закону про освіту для осіб з інвалідністю (IDEA), які будуть надані у відповідності до індивідуального плану родинного обслуговування (IFSP) моєї дитини. Я уповноважую програму ESIT передавати до програми Apple Health/Medicaid персональну ідентифіковану інформацію у рамах подання запитів про страхові виплати. Я розумію, що за наявності в мене приватного медичного покриття/страхування, програма Apple Health/Medicaid має право компенсувати страхові виплати, направивши відповідну вимогу до моєї страхової компанії. Я розумію, що можу відкликати цю згоду у будь-який час, повідомивши про це координатора ресурсів для родин.

☐ **Я підтверджую** постачальникам послуг раннього втручання мою згоду (на відповідні дії) та підтримку в разі, якщо доступ до програми Apple Health for Kids/Medicaid призведе до будь-чого з такого:

- Зниження рівня доступного довічного покриття або інших страхових пільг для моєї дитини або для інших членів моєї родини
- Необхідність самостійно сплачувати за послуги, які мали б бути оплачені програмою Medicaid
- Будь-яке підвищення розміру страхових внесків або відміна участі в програмі Medicaid для моєї дитини або інших членів моєї родини
- Ризик втрати моєю дитиною або іншими членами моєї родини права на участь в альтернативних програмах страхування за місцем проживання або в громаді з причини зростання вартості послуг з охорони здоров'я.

☐ **Я не даю дозвіл** постачальникам послуг програми ESIT на подання до програми Apple Health/Medicaid заяв про оплату послуг раннього втручання згідно Частини С Закону про освіту для осіб з інвалідністю (IDEA), які будуть надані у відповідності до індивідуального плану родинного обслуговування (IFSP) моєї дитини. З огляду на це рішення я розумію, що маю заповнити Розділи С і D цієї форми, щоб визначити суму мого місячного внеску. Якщо я не заповню Розділи С і D цієї форми, я розумію, що для мене буде визначено найвищий рівень щомісячних внесків, який може бути призначений родині відповідного розміру.

Я підтверджую вибраний мною режим оплати і підтверджую отримання тексту політики щодо системи платежів та тарифів Підпис(и) батька/матері / опікуна:	Дата:

B.2. Приватне медичне покриття / страхування					
Назва основної програми страхування:		Поліс №:		Група №:	
Назва вторинної програми страхування:		Поліс №:		Група №:	

☐ **Я отримав(-ла) інформацію** про основні категорії витрат, які може понести моя родина у зв'язку з використанням мого приватного медичного покриття/страхування для забезпечення отримання послуг раннього втручання згідно Частини C Закону про освіту для осіб з інвалідністю (IDEA), а саме про:

- Доплати, участь у страхуванні, внески та франшизи
- Довгострокові витрати, наприклад через втрату покриття у результаті змін обмежень у вартості страхового покриття за умовами полісу страхування родини
- Витрати через імовірний негативний вплив користування страховкою на доступність страхового покриття для родини
- Витрати через імовірне припинення страхового покриття у зв'язку з виплатами за послуги з раннього втручання за Частиною C
- Витрати через зміни страхових внесків, що можуть бути спричинені використанням коштів приватної страховки для оплати послуг з раннього втручання

☐ **Я даю згоду** постачальникам послуг програми ESIT на подання до приватних страхових компаній, з якими я працюю, заяв про оплату послуг раннього втручання згідно Частини C Закону про освіту для осіб з інвалідністю (IDEA), які будуть надані у відповідності до індивідуального плану родинного обслуговування (IFSP) моєї дитини. Я уповноважую програму ESIT передавати до приватних страхових компаній, з якими я працюю, персональну ідентифіковану інформацію у рамах подання запитів про страхові виплати. Я уповноважую приватні страхові компанії, з якими я працюю, здійснювати виплати постачальнику послуг програми ESIT. Я розумію, що можу відкликати цю згоду в будь-який час, повідомивши про це координатора ресурсів для родин.

☐ **Я не даю згоду** постачальникам послуг програми ESIT на подання до приватних страхових компаній, з якими я працюю, заяв про оплату послуг раннього втручання згідно Частини C Закону про освіту для осіб з інвалідністю (IDEA), які будуть надані у відповідності до індивідуального плану родинного обслуговування (IFSP) моєї дитини. Я розумію, що матиму сплачувати за ці послуги за Таблицею щомісячних внесків і у відповідності до застосовних критеріїв. Я розумію, що маю заповнити Розділи C і D цієї форми, щоб визначити суму мого місячного внеску. Якщо я не заповню Розділи C і D цієї форми, я розумію, що для мене буде визначено найвищий рівень щомісячних внесків, який може бути призначений родині відповідного розміру.

☐ **Я відмовляюся від заповнення** Розділів C і D цієї форми і розумію, що власним коштом нестиму відповідальність за виплати всіх доплат, забезпечення фінансової участі у страхуванні та франшиз, пов'язаних із користуванням мною приватним страховим покриттям.

Я підтверджую вибраний мною режим оплати і підтверджую отримання тексту політики щодо системи платежів та тарифів Підпис(и) батька/матері / опікуна:	Дата:

B.3. Відсутність державного та приватного медичне покриття

☐ **Я отримав(-ла) інформацію** про необхідність сплачувати щомісячний внесок, визначений за розміром родини та доходом, оскільки я не маю ані приватного, ані державного (Apple Health for Kids/Medicaid) страхового покриття, яким я б міг/могла скористатися для оплати послуг із раннього втручання згідно Частини C Закону про освіту для осіб з інвалідністю (IDEA), які будуть надані у відповідності до індивідуального плану родинного обслуговування (IFSP) моєї дитини.

Я підтверджую вибраний мною режим оплати і підтверджую отримання тексту політики щодо системи платежів та тарифів Підпис(и) батька/матері / опікуна:	Дата:

Розділ C: Документація для перевірки щорічного доходу (розділ заповнюється батьком або матір'ю)

Усі родини, які заявляють про неспроможність сплачувати за визначеними сумами, а також усі родини, які запитують про розподіл за Таблицею щомісячних внесків відповідно до розміру родини та скоригованого щомісячного доходу, мають забезпечити документальне підтвердження доходів. (Як підтвердження доходів ви маєте надати лише один із перелічених нижче документів.)

Документ: Надати лише один		Відомості про загальний дохід домогосподарства:
☐	Самозайнята особа - інша особа з доходом, не пов'язаним із заробітною платою. Додайте останню податкову форму IRS 1040.	
☐	Два (2) останні платіжні корінці за послідовні періоди (дохід брутто)	
	☐ Щотижнева сума	
	☐ Півмісячна сума	
	☐ Щомісячна сума	
☐	Останні форми W2 та/або 1099(s) *(форма W2 = рядок 1; форма 1099 = сума рядків 1, 2 і 3)*	
☐	Письмова декларація про нараховану заробітну платню (має містити назву або ім'я роботодавця, його адресу, номер телефона та підпис керівника або представника служби з роботи з персоналом).	

Розділ D: Допустимі щорічні витрати (розділ заповнюється батьком або матір'ю)

З цією формою ви *<u>мусите надати</u>* документацію, яка підтверджує **некомпенсовані** витрати, понесені на користь дитини та/або інших членів родини **впродовж останніх дванадцяти місяців або попереднього звітного року.**

Допустимі категорії щорічних некомпенсованих витрат	Сума витрат
Витрати на медичні, стоматологічні або психіатричні послуги, зокрема на виплату внесків, доплат, участі в страхуванні, франшиз та на оплату послуг, які не покриваються	
Оплата послуг із догляду на дому, які надаються ліцензованою агенцією з догляду на дому	
Виплати на утримання дітей/аліментів	
Оплата послуг із догляду за дітьми на період роботи або навчання	
ДОПУСТИМІ ЩОРІЧНІ ВИТРАТИ - УСЬОГО	

Загальна кількість осіб у домогосподарстві (розмір родини):	

Розділ E: Скоригований щорічний дохід та постанова про неспроможність платити (заповнюється координатором ресурсів для родин або персоналом EIS)

Інформація про дохід, витрати та щомісячні внески		
1.	Загальний щорічний дохід (згідно розділу C):	
2.	Допустимі щорічні витрати (згідно розділу D):	
3.	Виняток щодо щорічних витрат (рядок 1 - загальний щорічний дохід, помножений на 0,10 або 10%):	
4.	Усього по допустимих щорічних витратах (рядок 2 мінус рядок 3; якщо цифра в рядку 3 більша за цифру в рядку 2, у рядку 4 зазначте 0):	
5.	Скоригований дохід для визначення розміру внесків за Таблицею щомісячних внесків (рядок 1 мінус рядок 4):	

Якщо цифра в рядку 5 нижча за 200% від федерального рівня бідності для родини відповідного розміру, критерії щодо неспроможності платити задоволено			
☐	Так – незалежно від наявності страховки родина звільняється від зобов'язання сплачувати доплати, франшизи або місячні внески, а також брати фінансову участь у страхуванні. Для забезпечення цих витрат можна скористатися коштами, призначеними для сплати за послуги згідно Частини C Закону про освіту для осіб з інвалідністю (IDEA), або коштами, доступними з інших агенцій.	☐	Ні – родини, які мають страховку, повинні сплачувати доплати, франшизи та брати фінансову участь у страхуванні
		☐	Ні – родини, які не мають страховки, або родини, які не дають дозволу на доступ до власної страховки, розподіляються до сплати за Таблицею щомісячних внесків. Щомісячний внесок: _____

Розділ F: Декларація батька або матері

Я підтверджую, що, інформація, наведена, перевірена й задокументована в цій формі, є точною та повною, наскільки мені це відомо.

Підпис(и) батька/матері / опікуна:	Дата:

Розділ G: Форма перевірки доходів та витрат персоналом

Перевірку здійснив(-ла):

Підпис координатора ресурсів для родин або представника персоналу EIS:	Прізвище та ім'я друкованими літерами:	Дата: