

Mbledhja e sigurimeve dhe pëlqimi për lëshimin e informacionit

Për të mbështetur sa më shumë familje të jetë e mundur, Connecticut (CT) Birth to Three System (Sistemi Birth to Three Connecticut) financohet nga një kombinim i fondeve shtetërore dhe federale, Medicaid dhe sigurimit shëndetësor privat.



Emrin i fëmijës: _____

Birth to Three nr.: _____

HUSKY A, C ose Pa Mbulim

Numri HUSKY A ose C: # _____

Pëlqimi për të ndarë informacionin u dha me regjistrimin në HUSKY dhe nuk nevojitet në këtë formular.

Fëmija im nuk mbulohet nga sigurimi HUSKY A ose C. E kuptoj që nuk më kërkohet të regjistrohem në sigurimet publike.

Nëse zgjedh të regjistrohem në sigurimet publike, jap pëlqimin për të faturuar HUSKY A ose C për shërbimet e Birth to Three.

Sigurime Private ose HUSKY B

Unë e kuptoj:

- Nuk më kërkohet të regjistrohem tek sigurimet shëndetësore publike ose private për të marrë shërbime.
 - Plani im mund të përjashtohet nga mandatat e sigurimit të CT dhe The Affordable Care Act (Akti i kujdesit të përballueshëm) mund ose nuk mund të parandalojë që plani im të veprojë negativisht mbrojtjet e mia, të tilla si aplikimi i pagesave kundrejt kufijve maksimalë vjetorë ose të përtjetshëm të rregullores.
 - Unë mund të kem një HRA ose HSA që janë krijuar për të tërhequr automatikisht një kërkesë sigurimesh. E kuptoj që mund të jem në gjendje të ndryshoj funksionin e tërheqjes automatike duke kontaktuar sigurimet dhe/ose punëdhënësin. Megjithatë, nëse unë pranoj të autorizoj për të faturuar sigurimin privat ose HUSKY B, ato fonde mund të tërhiqen.
 - Nëse rimbursimi i sigurimit privat më dërgohet drejtpërdrejt, unë duhet ta dorëzoj atë pagesë në programin tim Birth to Three.
 - Nëse fëmija im ka sigurim publik si sigurim dytësor, në fillim duhet të jap pëlqimin për të faturuar sigurimin tim privat për të aksesuar atë burim pagese.
 - Pëlqimi mbetet në fuqi për aq kohë sa fëmija im është i regjistruar në Sistemin CT Birth to Three, ose unë firmos për të anuluar pëlqimin.
 - Unë pranoj të njoftoj koordinatorin tim të shërbimit nëse marr sigurim të ri.
 - Pëlqimi im për të lejuar ose për të mos lejuar faturimin është vullnetar dhe mund të revokohet me shkrim në çdo kohë. Një revokim i tillë nuk është prapaveprues (nuk vlen për veprimet që kanë ndodhur përpara revokimit të pëlqimit.)
 - Pëlqimi im duhet të merret nëse ka një rritje në shpeshtësi, gjatësi, kohëzgjatje ose intensitetin e ofrimit të shërbimeve në IFSP të fëmijës tim.
 - Fëmija dhe familja ime do të marrin një vlerësim të thjeshtë dhe, nëse kualifikohen, një vlerësim të hollesishëm, IFSP, shërbimet dhe mbështetjen e specifikuar pa vonesë ose mohim pavarësisht nëse jap pëlqimin për faturimin e sigurimeve dhe lëshimin e informacionit.
- Unë pranoj** të faturoj sigurimin privat ose HUSKY B në emër të fëmijës tim, i cili është duke u vlerësuar dhe si rezultat mund të regjistrohet në sistemin CT Birth to Three. Duke vepruar kështu, unë lëshoj të gjitha informacionet mjekësore ose të tjera të nevojshme për të përpunuar të gjitha pretendimet për shërbimet dhe mbështetjen e renditur në Seksionin 6 të IFSP, duke përfshirë kontrolllet, vlerësimet dhe takimet e IFSP. E kuptoj që nuk do të më duhet të paguaj për asnjë shpenzim nga xhepi, duke përfshirë bashkëpagesat dhe zbritjet.
- Unë pranoj** të autorizoj lëshimin e informacioneve mjekësore ose të tjera informacione të nevojshme për të përpunuar kërkesat e sigurimit në emër të fëmijës tim, i cili po vlerësohet dhe si rezultat mund të regjistrohet në sistemin CT Birth to Three.
- Unë nuk pranoj** të faturoj sigurimin privat të fëmijës tim ose HUSKY B dhe as nuk autorizoj lëshimin e informacionit mjekësor ose informacioneve të tjera të nevojshme për përpunimin e kërkesës së sigurimit në emër të fëmijës tim.
- Unë revokoj pëlqimin** për të autorizuar faturimin dhe lëshimin e informacioneve mjekësore ose informacioneve të tjera të nevojshme për të përpunuar kërkesat e sigurimit në emër të fëmijës tim.

Mbledhja

Primar Dytësor

Emri i shoqërisë së sigurimeve: _____

Emri i zotëruesit të rregullores: _____

DOB: _____

Numri i telefonit të shoqërisë së sigurimeve: _____

Data e zbatimit: _____

Numri i Anëtarit: _____

Numri i grupit: _____

Mirënjohje dhe mirëkuptim:

Kam marrë një kopje të të Drejtave të Prindërve me Sistemin e Pagesave. Ky informacion përfshin opsionet e zgjidhjes së mosmarrëveshjeve që mund të përdor nëse vendos në çdo kohë, që nuk jam dakord me ndonjë vendim, duke përfshirë faturimin e sigurimit publik ose privat. Këto të drejta më janë shpjeguar në gjuhën time amtare ose mënyrën e komunikimit.

Emri: _____

Nënshkrimi: _____

Data: _____