



جمع معلومات التأمين والموافقة على الإفصاح عن المعلومات

يهدف دعم أكبر عدد ممكن من العائلات، يتم تمويل Connecticut (CT) Birth to Three System (نظام من الولادة حتى الثالثة في ولاية كونيتيكت) بواسطة مجموعة من صناديق الولاية والصناديق الفيدرالية، وبرنامج Medicaid، وشركات التأمين الصحي الخاص.

اسم الطفل: _____

Birth To Three # (رقم برنامج من الولادة حتى الثالثة): _____

HUSKY A، أو C، أو بدون تغطية

رقم HUSKY A، أو C: # _____

تمت الموافقة على مشاركة المعلومات عند التسجيل في HUSKY وهي غير مطلوبة في هذا النموذج.

لا تتم تغطية طفلي من قِبل تأمين HUSKY A أو C. أدرك أنه لا يتعين عليّ الاشتراك أو التسجيل في خطة تأمين صحي عام.

وفي حالة اختياري التسجيل في تأمين صحي عام، فإنني أمتح موافقتي على دفع HUSKY A أو C مقابل خدمات برنامج Birth To Three.

تأمين خاص أو HUSKY B

أدرك:

- أنه لا يتعين عليّ الاشتراك أو التسجيل في خطة تأمين صحي عام أو خاص من أجل الحصول على الخدمات.
 - أنه قد تكون خطة التأمين الصحي الخاصة بي معفاة مما تفرضه شركات التأمين في ولاية كونيتيكت، وإن Affordable Care Act (قانون الرعاية الميسورة) يجوز أن يمنع خطة التأمين الصحي الخاصة بي أو لا يمنحها من التأثير سلباً على وسائل الحماية الخاصة بي، مثل سداد المدفوعات ضمن نطاق الحدود القصوى السنوية أو حد مدى الحياة التي تنص عليه بوليصة التأمين.
 - أنه يجوز أن تكون لدي Health Reimbursement Arrangements (HRA)، ترتيبات لسداد النفقات الصحية) أو Health Savings Accounts (HSA)، حسابات توفير صحية)، والتي يتم إعدادها لسداد مطالبات التأمين بشكل تلقائي. وأدرك أنه يجوز لي القدرة على تغيير ميزة السداد التلقائي من خلال التواصل مع شركة التأمين و/أو صاحب العمل. ومع ذلك، ففي حالة موافقتي على تفويض سداد التأمين الخاص أو HUSKY B، فإن هذه الأموال قد يتم سحبها.
 - إذا تم إرسال المدفوعات المستحقة الخاصة بالتأمين الخاص إليّ مباشرة، فإنه يتعين عليّ تسليم تلك المدفوعات إلى برنامج Birth to Three الخاص بي.
 - إذا كان طفلي لديه تأمين عام باعتباره تأميناً ثانوياً، فإنه يجب عليّ أولاً تقديم الموافقة على دفع تكاليف التأمين الخاص من أجل الوصول إلى مصدر الدفع هذا.
 - تظل الموافقة سارية طوال فترة قيد طفلي في نظام CT Birth to Three System، أو حتى أقوم بالتوقيع على إلغاء الموافقة.
 - أوافق على إخطار منسق الخدمة المعني بي في حالة حصولي على تأمين جديد.
 - إن موافقتي على السماح أو عدم السماح بسداد النفقات تُعد طوعية ويجوز أن يتم إلغاؤها بشكل كتابي في أي وقت. ولا يكون هذا الإلغاء بآثر رجعي (فإنه لا ينطبق على أي إجراءات قد تمت قبل إلغاء الموافقة).
 - يجب الحصول على موافقتي في حالة وجود زيادة في وتيرة تقديم الخدمات في IFSP (Individualized Family Service Plan)، خطة خدمات الأسرة الفردية) الخاصة بطفلي، أو طولها، أو مدتها، أو كثافتها.
 - سيتلقى طفلي وأسرتي تقييماً، وتقريراً، في حالة التأهل، وخطة IFSP، والخدمات المُحدّدة، ووسائل الدعم بدون تأخير أو رفض بغض النظر عما إذا قُدمت الموافقة على سداد نفقات التأمين والإفصاح عن المعلومات أم لا.
- أوافق على سداد نفقات التأمين الخاص أو HUSKY B بالنيابة عن طفلي، الذي يتم تقييمه ونتيجة لذلك يمكن أن يتم تسجيله لدى نظام CT Birth to Three System. ومن خلال فعل ذلك، فإنني أفصح عن جميع المعلومات الصحية أو غيرها من المعلومات اللازمة لمعالجة جميع المطالبات الخاصة بالخدمات ووسائل الدعم الواردة في القسم 6 من خطة IFSP، بما في ذلك التقييمات، والتقريرات، واجتماعات IFSP. وأدرك أنه سيتوجب عليّ الدفع مقابل أي نفقات من الأموال الخاصة، بما في ذلك المدفوعات المشتركة والمبالغ المقطعة.
- أوافق على التصريح بالإفصاح عن المعلومات الصحية أو غيرها من المعلومات اللازمة لمعالجة مطالبات التأمين بالنيابة عن طفلي، الذي يتم تقييمه ونتيجة لذلك يمكن أن يتم تسجيله لدى نظام CT Birth to Three System.
- لا أوافق على سداد نفقات التأمين الخاص أو HUSKY B ولا التصريح بالإفصاح عن المعلومات الصحية أو غيرها من المعلومات اللازمة لمعالجة مطالبات التأمين بالنيابة عن طفلي.
- أُلغى الموافقة على التصريح بسداد النفقات والتصريح بالإفصاح عن المعلومات الصحية أو غيرها من المعلومات اللازمة لمعالجة مطالبات التأمين بالنيابة عن طفلي.

جمع المعلومات

شركة التأمين الأساسية شركة التأمين الثانوية

اسم شركة التأمين: _____
اسم صاحب بوليصة التأمين: _____
تاريخ الميلاد: _____
رقم هاتف شركة التأمين: _____
تاريخ السريان: _____
رقم العضو: _____
رقم المجموعة: _____

التفهم والإقرار:

لقد تسلمت نسخة من حقوق ولي الأمر مع نظام الدفع. تتضمن هذه المعلومات خيارات تسوية النزاعات التي يجوز لي استخدامها إذا قررت في أي وقت أنني لا أوافق على أي قرارات، بما في ذلك سداد نفقات التأمين الخاص أو العام. وقد تم شرح هذه الحقوق لي بلغتي الأصلية أو بطريقة التواصل الخاصة بي.

أكتب الاسم بأحراف واضحة: _____ التوقيع: _____ التاريخ: _____