

# বমি সংগ্রহ এবং তথ্য প্রকাশের সম্মতি

যাটটা সম্ভব পরিবারকে সমর্থন করার জন্য, **Connecticut (CT) Birth to Three System**, (কানেকটিকাট (CT) বার্থ টু থ্রী সিস্টেম)-কে স্টেটে এবং ফডোরলে তহবলি, **Medicaid** এবং বসেরকারি স্বাস্থ্য বমির সমন্বয়ে অর্থায়ন করা হয়।



শশির নাম: \_\_\_\_\_

বার্থ টু থ্রী #: \_\_\_\_\_

## HUSKY A, C, অথবা কোনো কভারজে নাই

**HUSKY A or C** নম্বর: # \_\_\_\_\_

HUSKY-তে নথিভুক্তির সময় তথ্য শয়ের করার সম্মতি প্রদান করা হয়েছিল এবং এই ফরমে সম্মতি প্রদানের প্রয়োজন নাই।

- আমার সন্তান HUSKY A বা C বমির আওতা পড়ে না। আমি বুঝতে পারি যে আমাকে সরকারি বমির জন্য সাইন আপ করতে বা তালিকাভুক্ত করতে হবে না।
- আমি যদি সরকারি বমি নথিভুক্ত করতে পছন্দ করি, তাহলে আমি Birth to Three পরিষেবার জন্য HUSKY A বা C বলি করতে সম্মতি প্রদান করব।

## বসেরকারি বমি বা HUSKY B

আমি বুঝতে পারছি যে:

- পরিষেবাগুলি পতে আমাকে সরকারি বা বসেরকারি স্বাস্থ্য বমির জন্য সাইন আপ করতে বা তালিকাভুক্ত করতে হবে না।
- আমার প্ল্যানটি CT বমি আদেশ থেকে অব্যাহতি পতে পারে এবং Affordable Care Act, (সামগ্রিক মূল্যের যত্ন আইন) আমার প্ল্যানটিকে আমার সুরক্ষাগুলিকে বিনিময় প্রদান করে।
- আমার HRA বা HSA থাকতে পারে যা একটি বমি দাবি স্বয়ংক্রিয়ভাবে প্রত্যাহার করার জন্য স্টেট আপ করা হয়। আমি বুঝতে পারছি যে আমি আমার বমি এবং / অথবা নিয়োগকর্তার সাথে যোগাযোগ করে স্বয়ংক্রিয়-প্রত্যাহার বৈশিষ্ট্যটি পরিবর্তন করতে পারব। যাইহোক, যদি আমি বসেরকারি বমি বা HUSKY B বলি করার অনুমতি দিতে সম্মত হই তবে সেই তহবলিগুলি প্রত্যাহার করা হতে পারে।
- যদি বসেরকারি বমির প্রত্যাশিত সারসরি আমার কাছে পাঠানো হয় তবে আমাকে অবশ্যই সেই অর্থটি Birth to Three প্রোগ্রামে হস্তান্তর করতে হবে।
- যদি আমার সন্তানের স্কেন্ডারি বমি হিসেবে সরকারি বমি থাকে তবে আমাকে প্রথমতে সেই প্রদানকারী সার্ভিস অ্যাক্সেস করার জন্য আমার বসেরকারি বমি বলি করার জন্য সম্মতি প্রদান করতে হবে।
- সম্মতি কার্যকর থাকে যখন আমার সন্তান CT Birth to Three System এ নথিভুক্ত হয়, অথবা আমি সম্মতি প্রত্যাহার করার জন্য স্বাক্ষর করি।
- আমি যদি নতুন বমি নিশ্চিত করি তবে আমি আমার পরিষেবা সমন্বয়কারীকে অবহতি করতে সম্মত।
- বলিগিরে অনুমতি দেওয়া বা না দেওয়ার জন্য আমার সম্মতি স্বেচ্ছায় এবং যেকোনো সময় নথিভুক্তি প্রত্যাহার করা হতে পারে। এই ধরনের প্রত্যাহার পূর্ববর্তী নয় (এটি সম্মতি প্রত্যাহার করার আগে ঘটে যাওয়া কোনো-করণীয়কলাপের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য নয়)।
- আমার সন্তানের Individualized Family Service Plan (IFSP, স্বতন্ত্র পরিবারিক পরিষেবা পরিকল্পনা) -এ পরিষেবার বিনামূলি ফরকিং-ইনসি, ব্যাপ্তি, সময়কাল বা তীব্রতা বৃদ্ধি পলে অবশ্যই আমার সম্মতি নতে হবে।
- আমার সন্তান এবং পরিবার একটি মূল্যায়ন এবং যোগ্য হল, একটি অ্যাসেসমেন্ট, IFSP, নির্দিষ্ট পরিষেবা এবং সমর্থনগুলি বিনিম্ব বা অস্বীকৃতি ছাড়াই পাবে আমি বলি বমি এবং তথ্য প্রকাশের সম্মতি প্রদান করি কিনা তা নিশ্চিত।
- আমি আমার সন্তানের পক্ষে বসেরকারি বমি বা HUSKY B বলি করতে সম্মতি দিচ্ছি, যাকে মূল্যায়ন করা হচ্ছে এবং ফলস্বরূপ CT Birth to Three System এ নথিভুক্ত হতে পারে। এটি করার মাধ্যমে আমি মূল্যায়ন, অ্যাসেসমেন্ট এবং IFSP মটিং সহ IFSP-এর ধারা 6-এ তালিকাভুক্ত পরিষেবা এবং সমর্থনগুলির জন্য সমস্ত দাবি প্রক্রিয়া করার জন্য প্রয়োজনীয় সমস্ত চিকিৎসা বয়স্ক বা অন্যান্য তথ্য প্রকাশ করি। আমি বুঝতে পারি যে আমাকে কোনো-পে এবং কন্টনযোগ্য সহ পকেটের বাইরে খরচের জন্য কোনো-অর্থ প্রদান করতে হবে না।
- আমার সন্তানের পক্ষে বমির দাবি প্রক্রিয়া করার জন্য প্রয়োজনীয় চিকিৎসা বয়স্ক বা অন্যান্য তথ্য প্রকাশের অনুমোদন দিতে আমি সম্মতি দিচ্ছি, যাকে মূল্যায়ন করা হচ্ছে এবং ফলস্বরূপ CT Birth to Three System এ নথিভুক্ত হতে পারে।
- আমার সন্তানের বসেরকারি বমি বা HUSKY B বলি করতে সম্মত নই না বা আমি আমার সন্তানের পক্ষে বমি দাবি প্রক্রিয়া করার জন্য প্রয়োজনীয় চিকিৎসা বয়স্ক বা অন্যান্য তথ্য প্রকাশের আমি অনুমোদন প্রদান করি না।
- আমার সন্তানের পক্ষে বমির দাবি প্রক্রিয়া করার জন্য প্রয়োজনীয় মডেলি বয়স্ক বা অন্যান্য তথ্য বলিৎ এবং প্রকাশের অনুমোদনের আমি সম্মতি প্রত্যাহার করি।

## সংগ্রহ

প্রাইমারি  স্কেন্ডারি

বমির নাম: \_\_\_\_\_

পারিসি গ্রহীতার নাম: \_\_\_\_\_

জন্মতারিখ: \_\_\_\_\_

বমির ফোন নম্বর: \_\_\_\_\_

কার্যকরতার তারিখ: \_\_\_\_\_

সদস্য নম্বর: \_\_\_\_\_

গ্রুপ নম্বর: \_\_\_\_\_

## স্বীকৃতি এবং উপলব্ধি:

আমি পমেন্টে সিস্টেমের সাথে পতিমাতার অধিকারের একটি অনুপ্রতি পয়েছি। এই তথ্য বরিশে নমিত্তির বকিল্পগুলি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে যা আমি ব্যবহার করতে পারি যদি আমি সদিধান্ত গ্রহণ করি যে আমি সরকারি বা বসেরকারি বমি বলিৎ সহ যেকোনো সদিধান্তের সাথে একমত নই। এই অধিকারগুলো আমাকে আমার মাতৃত্বায় বা যোগাযোগের পদ্ধতিতে ব্যাখ্যা করা হয়েছে।

স্বাক্ষরকারীর নাম: \_\_\_\_\_

স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_

তারিখ: \_\_\_\_\_