

保险信息收集以及公开信息同意书

为了支持尽可能多的家庭，Connecticut（CT，康涅狄格州）的 Birth to Three System（零到三岁系统）由州和联邦资金、Medicaid 和私人健康保险共同资助。



儿童姓名：_____

Birth to Three 编号：_____

HUSKY A、C 或无保险

HUSKY A 或 C 编号：#

在注册参加 HUSKY 时已同意共享信息，则在本表中不再需要同意共享信息。

- 我的孩子没有参加 HUSKY A 或 C 保险。本人清楚我不需要注册或参加公共保险。
- 如果本人选择参加公共保险，则我同意针对 Birth to Three 服务向 HUSKY A 或 C 开具账单。

私人保险或 HUSKY B

本人清楚：

- 本人不需要为获得服务而注册或参加公共或私人健康保险。
 - 本人的计划可能会不受 CT 保险强制规定的限制，Affordable Care Act（平价医疗法案）可能会也可能不会阻止我的计划对我的保护措施产生不利影响，例如根据保单的最大年度限额或终身限额申请赔付。
 - 本人可能会有一个设置为自动提取保险索赔的 Health Reimbursement Account（HRA，健康报销账户）或 Health Savings Account（HSA，健康储蓄账户）。本人清楚我可以通过联系我的保险方和/或雇主来更改自动提取功能。但是，如果我同意授权向私人保险或 HUSKY B 开具账单，这些资金可能会被提取。
 - 如果将私人保险报销款直接寄给了我，我必须将该款项转交给本人的 Birth to Three 计划。
 - 如果我的孩子拥有作为第二保险的公共保险，我必须首先同意向我的私人保险开具账单，才能使用该付款方来源。
 - 当我的孩子参加 CT Birth to Three System 时，或我签署撤销同意书时，同意书始终保持有效。
 - 本人同意在获得新保险时，会通知我的服务协调员。
 - 本人同意或不同意开具账单均属自愿，并可以随时以书面形式撤销。此类撤销不具有追溯力（不适用于撤销同意之前所发生的任何行为）。
 - 如果要在我的孩子的 Individualized Family Service Plan（IFSP，个别化家庭服务计划）中增加提供服务的频率、时间长度、持续时间、或强度，必须征得我的同意。
 - 无论本人是否同意向保险方开具账单和公布信息，我的孩子和家庭均会接受评估，并且如果符合条件，还会获得评估、IFSP、指定的服务和支持，不会拖延或拒绝。
- 代表我正在接受评估的孩子，**本人同意**向私人保险或 HUSKY B 开具账单，并且可能会因此加入 CT Birth to Three System。在此情况下，本人同意提供所有必要的医疗或其他信息，以处理 IFSP 第 6 部分所列的所有服务和支持索赔，包括评估、评价和 IFSP 会议。本人清楚我无需支付任何自付费用，包括共付额和免赔额。
- 代表我正在接受评估的孩子，**本人同意**授权公开必要的医疗或其他信息来处理保险索赔，并且可能会因此加入 CT Birth to Three System。
- 代表我的孩子，**本人不同意**向我孩子的私人保险或 HUSKY B 开具账单，也不授权公开必要的医疗或其他信息来处理保险索赔。
- 代表我的孩子，**本人撤销**授权开具账单和公开必要的医疗或其他信息来处理保险索赔的**同意**。

信息收集

主要保险 第二保险

保险名称：_____

投保人姓名：_____

出生日期：_____

保险电话号码：_____

有效日期：_____

成员号码：_____

小组编号：_____

承认并了解：

- 本人已收到一份支付系统中的《家长权利》副本。此信息包括如果本人在任何时候决定不同意任何决定（包括向公共或私人保险开具账单），我可以使用的争议解决选择。已使用本人的母语或沟通交流方式向我解释了这些权利。

正楷书写姓名：_____

签名：_____

日期：_____