

# बीमा संग्रह और सूचना जारी करने की सहमति

जितना संभव हो उतने अधिक परिवारों को समर्थन देने के लिए, Connecticut (CT, कनेक्टिकट) Birth to Three System (जन्म से तीन तक की प्रणाली) को राज्य और संघीय कोष के साथ-साथ Medicaid और निजी स्वास्थ्य बीमा मिलकर वित्तपोषित करती है।



बच्चे का नाम: \_\_\_\_\_

Birth to Three #: \_\_\_\_\_

## HUSKY A, C या कोई कवरेज नहीं

HUSKY A या C संख्या: # \_\_\_\_\_

HUSKY में नामांकन करते समय जानकारी साझा करने की सहमति दी गई थी। इस फॉर्म में इसकी जरूरत नहीं है।

- HUSKY A या C बीमा मेरे बच्चे को कवर नहीं करता। मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे सार्वजनिक बीमा के लिए साइन अप करने या उसमें नामांकन कराने की जरूरत नहीं है।
- है। अगर मैं सार्वजनिक बीमा में नामांकन करवाता/करवाती हूँ, तो मैं Birth to Three सेवाओं के लिए HUSKY A या C को भुगतान करने की सहमति देता/देती हूँ।

## निजी बीमा या HUSKY B

मैं समझता/समझती हूँ कि:

- सेवाएँ पाने के लिए मुझे सार्वजनिक या निजी स्वास्थ्य बीमा में साइन अप करने या नामांकन करने की जरूरत नहीं है।
  - हो सकता है कि मेरी योजना को CT बीमा अधिदेशों से छूट प्राप्त हो और Affordable Care Act (किफायती देखभाल अधिनियम) मेरी योजना को मेरी सुरक्षा पर प्रतिकूल प्रभाव डालने से रोक भी सकता है और नहीं भी। जैसे कि, पॉलिसी की अधिकतम वार्षिक या आजीवन सीमा के विरुद्ध भुगतान लागू करना।
  - हो सकता है कि मेरे पास Health Reimbursement Account (HRA, स्वास्थ्य प्रतिपूर्ति खाता) या Health Savings Account (HSA, स्वास्थ्य बचत खाता) हो जिसमें ऑटो-विद्वंसा वाली सेटिंग की गई हो। मैं समझता/समझती हूँ कि मैं अपने बीमा और/या नियोजक से संपर्क करके ऑटो-विद्वंसा सुविधा को बदल सकता/सकती हूँ। हालाँकि, अगर मैं निजी बीमा या HUSKY B को पैसे चुकाने के लिए अधिकृत करने की सहमति देता/देती हूँ, तो उन धनराशि को मेरे खाते से निकाला जा सकता है।
  - अगर निजी बीमा की प्रतिपूर्ति सीधे मुझे भेजी जाती है, तो मुझे उन पैसे को अपने Birth to Three कार्यक्रम में जमा करना होगा।
  - अगर मेरे बच्चे के पास सहायक बीमा के तौर पर एक सार्वजनिक बीमा है, तो मुझे उस भुगतानकर्ता स्रोत का इस्तेमाल करने के लिए पहले अपने निजी बीमा को भुगतान करने की सहमति देनी होगी।
  - सहमति तब तक प्रभावी रहेगी, जब तक मेरा बच्चा CT Birth to Three System में नामांकित है या फिर मैं सहमति रद्द करने के लिए हस्ताक्षर नहीं करता/करती।
  - अगर मैं नया बीमा करवाता/करवाती हूँ, तो मैं अपने सेवा समन्वयक को सूचित करने के लिए सहमत हूँ।
  - बिलिंग की अनुमति देने या न देने की मेरी सहमति स्वैच्छिक है और इसे किसी भी समय लिखित रूप में रद्द किया जा सकता है। ऐसे रद्दीकरण पूर्वव्यापी नहीं होते हैं (यह सहमति रद्द करने से पहले हुई किसी भी कार्रवाई पर लागू नहीं होता है)।
  - अगर मेरे बच्चे के Individualized Family Service Plan (IFSP, व्यक्तिगत परिवार सेवा योजना) की सेवाओं के प्रावधान की आवृत्ति, अवधि या तीव्रता में इज़ाफ़ा होता है, तो मेरी सहमति ली जानी चाहिए।
  - मेरे बच्चे और परिवार को एक मूल्यांकन दिया जाएगा और अगर वे पात्र हूँ, तो उन्हें एक आकलन, IFSP, निर्दिष्ट सेवाएं और बिना किसी देरी या इनकार के सहायताएं मिलेंगी, भले ही मैंने जानकारी जारी करने और बीमा के भुगतान के लिए सहमति दी हो या नहीं।
- मैं अपने उस बच्चे की ओर से निजी बीमा या HUSKY B को भुगतान करने के लिए **सहमति देता/देती हूँ**, जिसका मूल्यांकन किया जा रहा है और परिणामस्वरूप उसे CT Birth to Three System में नामांकित किया जा सकता है। ऐसा करके मैं मूल्यांकन, आकलन और IFSP बैठकों सहित IFSP की धारा 6 में दी गई सेवाओं और समर्थन के सभी दावों को संसाधित करने के लिए आवश्यक सभी चिकित्सा या अन्य जानकारी जारी करता/करती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे सह-भुगतान और कटौती सहित किसी भी खर्च के लिए अपनी जेब से भुगतान नहीं करना पड़ेगा।
- मैं अपने उस बच्चे की ओर से बीमा दावों को संसाधित करने के लिए आवश्यक चिकित्सीय या दूसरी जानकारी जारी करने के लिए **सहमति प्रदान करता/करती हूँ**, जिसका मूल्यांकन किया जा रहा है और परिणामस्वरूप उसे CT Birth to Three System में नामांकित किया जा सकता है।
- मैं अपने बच्चे के निजी बीमा या HUSKY B को भुगतान करने के लिए **सहमति नहीं देता/देती हूँ** और न ही मैं अपने बच्चे की ओर से बीमा दावों को संसाधित करने के लिए आवश्यक चिकित्सीय या अन्य जानकारी जारी करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ।
- मैं अपने बच्चे की ओर से बीमा दावों को संसाधित करने के लिए आवश्यक बिलिंग और चिकित्सीय या अन्य जानकारी जारी करने को अधिकृत करने की **सहमति रद्द करता/करती हूँ**।

## संग्रह

प्राथमिक  सेकंडरी

बीमा का नाम: \_\_\_\_\_

पॉलिसी धारक का नाम: \_\_\_\_\_ जन्मतिथि: \_\_\_\_\_

बीमा फोन नंबर: \_\_\_\_\_

प्रभावी तिथि: \_\_\_\_\_

सदस्य संख्या: \_\_\_\_\_

ग्रुप संख्या: \_\_\_\_\_

## स्वीकृति और सहमति:

- मुझे भुगतान प्रणाली की जानकारी के साथ अभिभावक अधिकारों की एक प्रति प्राप्त हुई है। इस जानकारी में विवाद समाधान विकल्प शामिल हैं जिनका उपयोग मैं तब कर सकता/सकती हूँ, जब मैं किसी भी समय सार्वजनिक या निजी बीमा बिलिंग सहित किसी भी निर्णय से असहमत होता/होती हूँ। इन अधिकारों के बारे में मुझे मेरी मातृभाषा या संचार के तरीके में समझाया गया है।

प्रिंट किया नाम: \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

तिथि: \_\_\_\_\_